MUROTTAL SEBAGAI TERAPI RELIGI UNTUK MEREDUKSI KECEMASAN LANSIA

TESIS

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Memperoleh Derajat Gelar S-2
Program Studi Magister Psikologi Profesi

Disusun oleh:

SEPTIA PURWANDANI
NIM : 201710500211032

DIREKTORAT PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG
Februari 2020

MUROTTAL SEBAGAI TERAPI RELIGI UNTUK MEREDUKSI KECEMASAN LANSIA

Diajukan oleh :

SEPTIA PURWANDANI
201710500211032

Telah disetujui
Pada hari/tanggal, **Kamis/ 23 Januari 2020**

Pembimbing Utama	Pembimbing Pendamping
Dr. Diah Karmiyati	**Dr. Nida Hasanati**

Dekan
Program Pascasarjana

Prof. Abdulkhamul In'am, Ph.D.

Ketua Program Studi
Magister Psikologi Profesi

Dr. Cahyaning Suryaningrum

TESIS

Dipersiapkan dan disusun oleh :

SEPTIA PURWANDANI
201710500211032

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada hari/tanggal, Kamis / **23 Januari 2020**
dan dinyatakan memenuhi syarat sebagai kelengkapan
memperoleh gelar Magister/Profesi di Program Pascasarjana
Universitas Muhammadiyah Malang

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua	:	**Dr. Diah Karmiyati**
Sekretaris	:	**Dr. Nida Hasanati**
Penguji I	:	**Dr. Tulus Winarsunu**
Penguji II	:	**Dr. Cahyaning Suryaningrum**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : **SEPTIA PURWANDANI**

NIM : **201710500211032**

Program Studi : **Magister Psikologi Profesi**

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa :

1. TESIS dengan judul : ***MUROTTAL* SEBAGAI TERAPI RELIGI UNTUK MEREDUKSI KECEMASAN LANSIA** Adalah karya saya dan dalam naskah Tesis ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dalam daftar pustaka.
2. Apabila ternyata dalam naskah Tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur **PLAGIASI**, saya bersedia Tesis ini **DIGUGURKAN** dan **GELAR AKADEMIK YANG TELAH SAYA PEROLEH DIBATALKAN**, serta diproses sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
3. Tesis ini dapat dijadikan sumber pustaka yang merupakan **HAK BEBAS ROYALTY NON EKSKLUSIF**.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 23 Januari 2020

menyatakan,

METERAI TEMPEL

FD1AHF258042865

6000

SEPTIA PURWANDANI

KATA PENGANTAR

Tiada untaian kata yang indah selain mengucap rasa syukur kepada ALLAH SWT yang telah melimahkan rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul "*Murottal* sebagai terapi religi untuk mereduksi kecemasan lansia".

Shalawat serta salam senantiasa tercurahkan pada junjungan besar Nabi Muhammad SAW. Rasa syukur dan terimakasih yang begitu besar penulis panjatkan berkaitan dengan diselesaikannya tesis ini. Oleh sebab itu penulis tak lupa menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Fauzan, M.Pd., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Malang, yang memimpin seluruh kegiatan akademik Universitas Muhammadiyah Malang.
2. Prof. Akhsanul In'am, Ph.D, selaku Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Malang, dan seluruh civitas akademik Universitas Muhammadiyah Malang.
3. Ibu Dr. Cahyaning Suryaningrum, M.Si., Psikolog, selaku Ketua Program Studi Magister Profesi beserta staf atas segala bantuan dan kemudahan yang diberikan kepadapenulis
4. Ibu Dr. Hj. Diah Karmiyati, M.Si., Psikolog,selakudosenpembimbing utama, yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, kritik dan saran dengan teliti serta penuh kesabaran kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini. Serta tak henti-hentinya memotivasi dan mensupport penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Ibu Dr. Nida Hasanati, M.Si.,selakudosenpembimbing pendamping, yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, kritik dan saran dengan teliti serta penuh kesabaran kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
6. Seluruh dosen pengajar dan karyawan Magister Psikologi Profesi Pasca Sarjana Universitas MuhammadiyahMalang.
7. Kepala Desa Pelem beserta staf dan Kepala Desa Tegowangi beserta staf

yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian.

8. Kader Posyandu lansia di seluruh desa wilayah kerja puskesmas Desa Pelem dan Desa Tegowangi yang telah banyak membantu peneliti dengan memberikan informasi tentang responden penelitian kepada peneliti
9. Seluruh subjek dan keluarga subjek penelitian serta pihak yang bertanggung jawab dan membantu.
10. Kedua orang tua tercinta Bapak dan Ibu Samhadi yang selalu memberi doa restu dan motivasi baik moril dan materiil dalam mengiringi perjalanan peneliti hingga terselesaikannya tesis ini.
11. Saudara-saudariku tercinta Ayif dan Lia yang selalu memberikan motivasi mengiringi perjalanan penulis hingga terselesaikannya tesis ini.
12. My beloved Lintang, Izan, Attar kesayangan.
13. Seluruh teman-teman Magister Psikologi Profesi angakatan 2017 Universitas Muhamamdiyah Malang
14. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang membantu subjek menyelesaikan tesisini.

Semoga Allah SWT senantiasa melindungi dan meridhoi disetiap langkah kita. Peneliti berharap semoga penyajian tesis inidapatbermanfaatbagisiapasajayangmembacanya. Akhir kata penulis haturkan mohon maaf bila ada kekurangan, saran dan kritik dari pembaca senantiasa penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini.

Malang, 23 Januari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GRAFIK

DAFTAR GAMBAR

LAMPIRAN

***Murottal* Sebagai Terapi Religi untuk Mereduksi Kecemasan lansia**

septia purwandani
septiasamhadi3@gmail.com
Dr. Diah Karmiyati (NIDN. 0713016301)
Dr, Nida Hasanati (NIDN. 0731056401)
Magister Psikologi Profesi, Universitas Muhammadiyah Malang
Malang, JawaTimur, Indonesia

ABSTRAK

Masalah psikologis yang sering terjadi pada lanjut usia adalah kecemasan. Kecemasan diartikan suatu kondisi emosi yang menimbulkan ketidaknyamanan ditandai perasan khawatir, kegelisahan dan ketakutan sehingga dapat mengganggu kehidupan, bila tidak terdeteksi dan terobati dapat menyebabkan distres, disability, risiko kematian, dan penurunan kognitif ringan.*Tingkat kecemasan yang dirasakan oleh lansia dapat diturunkan dengan berbagai cara, salah satunya menggunakan metode murottal sebagai terapi religi yang mengandung unsur nilai agamis dalam mereduksi kecemasan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh dari murottal dalam mereduksi kecemasan pada lansia.* Pendekatan penelitian yang digunakan adalah *quantitative research.* Desain penelitian ini menggunakan*non randomized assigment design with the two-group pretest-posttest design*. Subjek dalam penelitian ini adalah lansia berusia >60 tahun terbagi dalam 2 kelompok eksperimen dan 2 kelompok kontrol, masing-masing terdiri dari 6 orang lansia. Teknik sampling menggunakanpurposive sampling dengan kriteria inklusi. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala *Geriatry Anxiety Scale* (GAS). Teknik analisis data menggunakan anova dan uji-t. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang positif dan signifikan perlakuan *murottal* pada lansia yang tinggal sendiri dan yang tinggal bersama keluarga. Dimana kelompok eksperimen lansia yang tinggal sendiri memiliki penurunan kecemasan dengan nilai 16,83. Signifikansi menunjukkan 0,000 ($p < 0,05$). Dengan demikian intervensi *murottal* lebih tepat untuk lansia yang tinggal sendiri.

Kata kunci: *Murottal, terapi religi, kecemasan, lansia yang tinggal sendiri dan yang tinggal bersama keluarga.*

Murottal As A Religious Therapy To Reduce Elderly Anxiety

septia Purwandani
septiasamhadi3@gmail.com
Dr. Diah Karmiyati (NIDN. 0713016301)
Dr, Nida Hasanati (NIDN. 0731056401)
Masters Psychology Profesi, University of Muhammadiyah Malang
Malang, Jawa Timur, Indonesia

ABSTRACT

Psychological problems that often occur in elderly anxiety. Anxiety is defined as an emotional condition that causes discomfort characterized by feelings of worry, anxiety and fear that can interfere with life, if not detected and treated can cause distress, disability, risk of death, and mild cognitive decline. The level of anxiety felt by the elderly can be reduced in various ways, one of which uses the *murottal* method as a religious therapy that contains elements of religious value in reducing anxiety. The purpose of this study was to determine the effect of *murottal* in reducing anxiety in the elderly. The research approach used is *quantitative research*. The design of this study used a *non randomized assessment design with the two-group pretest-posttest design*. The subjects in this study were the elderly> 60 years old divided into 2 experimental groups and 2 control groups, each consisting of 6 elderly people. The sampling technique uses purposive sampling with inclusion criteria. The instrument used in this study was the *Geriatry Anxiety Scale* (GAS). Data analysis techniques using ANOVA and t-test. The results showed that there was a positive and significant effect between *murottal* treatment in the elderly who lived alone and who lived with family. Where the elderly experimental group who lived alone had a decrease in anxiety with a value of 16.83. Significance indicates 0,000 ($p < 0.05$). So *murottal* intervention is more appropriate for the elderly who live alone.

Keywords: *Murottal, terapi religi, anxiety, elderly who live alone and who live with family*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Proses penuaan merupakan suatu proses alami yang dialami oleh orang yang diberi karunia umur panjang, dimana semua orang (lansia) berharap menjalani hidup dengan tenang, damai bersama anak dan cucu tercinta dengan penuh kasih sayang. Perubahan-perubahan fisologis maupun psikososial pada lansia akan berpotensi pada masalah kesehatan baik fisik maupun psikologis (Chiang, Chu, Chang, Chung, Chen, Chiou & Chou, 2010). Salah satu masalah psikologis yang sering terjadi pada kondisi lanjut usia adalah kecemasan. Diantaranya adalah kecemasan dalam menghadapi masa pensiun, takut akan kesepian, sadar akan kematian (Depkes, 2000; Askari, Mohammadi, Radmehr, & Jahangir, 2018).

Kecemasan merupakan masalah kesehatan jiwa yang dialami oleh lansia dengan gejala seperti perasaan khawatir atau takut yang irrasional, mudah marah, sulit tidur sepanjang malam, mudah panik dan berbagai keluhan yang berkaitan dengan fisiologis. Kecemasan adalah perasaan tegang yang tidak menyenangkan, seolah sesuatu yang buruk akan terjadi. Senada dengan pendapat sebelumnya, kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Nevid, 2005).

Populasi lansia merupakan salah satu masalah paling mendasar di dunia dimana mereka menghadapi berbagai penyakit dan disabilitas, termasuk ketakutan akan kematian, pikiran untuk bunuh diri, perubahan dalam pola tidur, masalah pemikiran dan ingatan, kecemasan, perasaan frustrasi, perasaan bersalah, kelelahan, kelupaan karena perubahan fisiologis, kehilangan orang yang dicintai dan tekanan. Menurut Erikson, lansia menghadapi masalah psikologis dan keputusasaan sosial (Askari, Mohammadi, Radmehr, & Jahangir, 2018).

Di kalangan lansia, problem kesehatan mental bagi lansia perlu mendapat perhatian khusus. Problem yang sering terjadi adalah kecemasan dan depresi yang disebabkan oleh menurunnya relasi sosial dan melemahnya peran sosial dan juga dikontribusi oleh faktor genetik. Selain kecemasan, dan depresi, fenomena demensia juga banyak melanda kalangan lansia yakni menurunnya kemampuan kognitif secara progresif (Notosoedirjo & Latipun, 2002).

Kecemasan di masa lalu dialami pada episode depresi, meskipun

komorbiditas depresi pada lansia bisa jadi jarang akan tetapi hubungan kecemasan dengan depresi pada masa lalu sangat penting (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005; Arslantaş, Adana, Abacigil Ergin, Kayar, & Acar, 2015). Kecemasan juga dapat dikaitkan dengan faktor genetik (Gray, & Mcnaughton, 2003). Banyak gangguan kecemasan yang berkembang pada masa kanak-kanak dan cenderung bertahan sampai dengan dewasa jika tidak ditangani (American Psychiatrric Association, 2013).

Kecemasan adalah masalah kejiwaan umum pada akhir hidup, mempengaruhi 3 hingga 15% dari lansia. Hal ini terkait dengan gangguan pada penurunan nilai kualitas hidup, dissabilitas dan peningkatan kematian dan sering terjadi bersamaan dengan depresi (Knight & Durbin, 2015). Sebuah survei epidemiologi yang dilakukan di China selama 2001–2005 menemukan bahwa prevalensi Kecemasan adalah sekitar 13% pada orang dewasa Cina dan gangguan kecemasan itu lebih umum di perkotaan daripada di daerah pedesaan (Phillips et al., 2009). Di Amerika Serikat setidaknya 15% dari penduduknya mengalami satu dari gangguan kecemasan (Gray & Mcnaughton, 2003). Di Indonesia pada tahun 2020 diperkirakan jumlah Lansia sekitar 80.000.000 (Kemenkes, 2018) dengan angka harapan hidup perempuan lebih tinggi daripada laki-laki, dimana jumlah lansia perempuan 9,53% dan laki-laki 8,54% (Kemenkes RI, 2017).

Penelitian menemukan bahwa Kecemasan di kalangan orang dewasa adalah umum di seluruh budaya, mewakili beban penyakit yang tinggi di seluruh dunia. Jika tidak ditangani, gangguan kecemasan berkontribusi miliaran dolar setiap tahun untuk biaya perawatan kesehatan dan menurunkan produktivitas pekerja (Leon et al., 1995; Segal, Qualls & Smyer, 2018).

Menurut Rapee, (2012) orang dengan kecemasan sering mengalami gangguan fungsional dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, dan ada bukti bahwa faktor-faktor yang terkait keluarga berdampak pada perkembangan kecemasan. Kegelisahan sering ditemui pada lansia, antara kecemasan dan kegelisahan sering tumpang tindih (Segal, Qualls & Smyer, 2018), tetapi sebagian besar tidak terdeteksi dan tidak diobati. Gangguan kecemasan adalah penyebab ketidaknyamanan yang sering tidak diketahui, dissabilitas dan risiko kematian pada lansia, dan dikaitkan dengan penyakit kardiovaskular, stroke, dan penurunan kognitif (Andreescu &

Varon, 2015). Lebih lanjut dijelaskan bahwa ada hubungan antara kecemasan dan gangguan kognitif karena bukti menunjukkan bahwa gangguan performance kognitif dapat meningkatkan kecemasan (Segal, Qualls & Smyer, 2018).

Menurut Day, (2018) kecemasan yang terjadi terutama di kalangan orang tua yang dapat berdampak besar pada kesejahteraan emosional dan fisik. Mekanisme kecemasan pada lansia berbeda dari pada orang dewasa muda karena berkaitan dengan usia, kehilangan dan isolasi (Andreescu & Varon, 2015). Kecemasan pada lansia merupakan perasaan campuran berisikan ketakutan dan keprihatinan mengenai masa-masa mendatang tanpa sebab yang jelas akan ketakutannya (Kwak, Yang, & Koo, 2017).

Dampak dari kecemasan sebenarnya dapat meningkatkan kematian dan risiko penyakit, termasuk penyakit arteri koroner pada pria (Van Hout et al., 2004). Kecemasan berpotensi mengembangkan kecacatan fungsional, penurunan kemampuan untuk mengelola aktivitas kehidupan sehari-hari yang signifikan (Brenes et al., 2005). Kecemasan juga dapat mempengaruhi kualitas hidup, stres, kesehatan yang buruk, kematian, penurunan keterampilan kognitif, dan perubahan dalam situasi hidup (Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008). Depresi dan kecemasan pada lansia berkontribusi terhadap peningkatan mortalitas dan secara negatif mempengaruhi kesejahteraan dan fungsi sehari-hari (Jongenelis et al., 2004). Kecemasan dikaitkan dengan cacat fisik, komplikasi kesehatan dan kualitas hidup yang buruk, serta akses sering ke spesialis medis dan penggunaan obat-obatan (Wetherell et al., 2004; Le Roux, Gatz, & Wetherell, 2005; Fuentes & Cox, 2000).

Berdasar tahap kesembilan perkembangan Erikson dikatakan bahwa keberadaan manusia tetap berada dalam situasi potensi pertumbuhan psikologis dan kemungkinan spiritual sepanjang rentang hidup mereka. Hal demikian dapat menjadi sumber kenyamanan bagi individu yang mengalami penuaan, dan ini tak ternilai harganya bagi teman-teman, keluarga, dan pengasuh (Brown & Lowis, 2003).

Okkonen & Vanhanen, (2006) mengatakan bahwa lansia yang tinggal sendiri memiliki keputusasaan dibandingkan dengan lansia yang tinggal bersama seseorang atau keluarga. Keterlibatan afektif karena tidak tinggal bersama keluarga diidentifikasi sebagai risiko faktor untuk gangguan kecemasan, sementara

pendapatan keluarga yang tinggi merupakan faktor protektif (Wang, Chen, Tan, & Zhao, 2016).

Secara kondisi lingkungan tempat tinggal lansia baik yang tinggal sendiri atau dengan keluarga dapat mempengaruhi timbulnya suatu stressor yang dapat mempengaruhi kondisi psikologis dari para lansia seperti marah, kecewa dan tertekan terhadap kondisi yang dialaminya (Rosita, 2012). Dikarenakan dukungan keluarga faktor yang signifikan terhadap kecemasan lansia, terutama pada lansia yang tinggal tidak bersama keluarga disebabkan karena tidak atau jarangnya bertemu dengan anggota keluarganya. Lansia yang tinggal dengan keluarga memiliki kecemasan yang lebih rendah karena dukungan sosial, dukungan keluarga, religiusitas (Ari et.al., 2011; Basri, Hong, Oon, 2015; Francis & Site, 2004; Uktia & Iredho, 2016).

Wanita lansia, terutama yang tinggal sendiri, lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental yaitu kecemasan, seperti penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan oleh Donelson & King (Patnani, 2015). Kebanyakan terjadi lebih sering pada wanita dibanding terjadi pada laki-laki dengan rasio 2:1 (American Psychiatrric Association, 2013), 13% pada laki-laki dan 13% pada perempuan di Amerika Serikat (Leon et al., 1995). Kondisi gangguan kesehatan mental ini tentunya akan menghalangi seorang wanita untuk mencapai kebahagiaan. Hal yang menyatakan bahwa wanita lebih mengalami kecemasan sesuai dengan hasil penelitian Andreescu & Varon, (2015). Secara fisiologis lansia yang hidup sendiri lebih cenderung menjadi lebih tua, lebih sering terjadi pada wanita, non-Tionghoa, lajang, bercerai atau janda, dan tanpa pendidikan (Lim & Kua, 2011).

Intervensi untuk mereduksi kecemasan pada lansia dapat dilakukan dengan berbagai macam cara diantaranya adalah dengan terapi musik (Nilsson & Institutet, 2017: Sung, Chang, & Lee, 2010; Sung, Lee, Li, & Watson, 2012). Pada dasarnya terapi musik ada bermacam-macam jenisnya, ada terapi musik berjenis klasik, musik yang disukai ataupun musik yang religius. Musik memiliki beberapa kelebihan yaitu karena musik dapat membuat sesorang merasa nyaman, menenangkan, membuat rileks, berstruktur dan universal. Seketika orang bisa merasakan efek dari musik tersebut. Intervensi terapi musik berfokus untuk mengurangi kecemasan jangka pendek.

Terapi musik telah digunakan sebagai pilihan pengobatan alternatif bagi individu yang menderita penyakit mental sejak 1939. Terapi musik telah diidentifikasi sebagai salah satu metode untuk mengurangi kecemasan, kebingungan, kegelisahan dan menghasilkan suatu peningkatan kualitas hidup pada lansia (Sung, Lee, Li, & Watson, 2012; Ryan, 2010; Hanser & Thompson, 1994; Sung, Chang, & Lee, 2010; Tak, Maheshwari, & Kaur, 2016). Akan tetapi menggunakan musik sebagai tehnik terapi harus dilakukan secara rutin dan tidak dalam jangka pendek, mereka yang mengalami kekambuhan gejala kebanyakan tidak melatihnya setiap hari. Dalam penelitian dinyatakan bahwa mereka yang telah terintegrasi mendengarkan musik menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari, bergabung kembali dengan komunitas agamanya, paduan suara, atau mulai menghadiri konser secara teratur (Hanser & Thompson, 1994).

Sama halnya dengan musik yang memiliki irama merdu dan indah, *murottal* juga memiliki unsur psikoterapi suara yang merdu dan indah yang memiliki pengaruh positif bagi yang mendengarkannya (Nakhavali & Seyedi, 2013). Selain itu *Murottal* adalah merupakan terapi religi, yang menunjukkan bahwa psikoterapi spiritual-religius memiliki pengaruh yang signifikan dalam mengurangi kecemasan dan depresi pada berbagai sampel (Askari et al., 2018; Wuryaningsih, Anwar, Wijaya, & Kurniyawan, 2015; Urin, 2018). Terapi religi menggunakan agama sebagai media dalam proses penyembuhan, kegiatan keagamaan didalam islam seperti sholat, puasa, dzikir dan membaca/mendengarkan Alquran sebagai media guna proses penyembuhan/healing. Pada agama lain kegiatan keagamaan misalnya berdoa, meditasi dan relaksasi. Menurut Koszycki (2010) kegiatan keagamaan dapat menimbulkan konsentrasi dan emosi positif. Terapi religi pada kecemasan dapat menghasilkan efek yang lebih optimal pada perubahan kecemasan yang lebih bermakna dari gejala kecemasan dan lebih cepat sembuh serta tidak mudah kambuh (Koszycki et al., 2010; Rajaei, 2010). Intervensi dengan memberikan terapi muotal Alquran dapat meningkatkan tingkat β-endhorphin dan gelombang delta diotak manusia lebih dari 50%. Ini akan menunjukkan seseorang dalam kondisi rileks, jadi dengan begitu dapat sangat efektif untuk mengurangi kecemasan (Fauzia Laili, n.d.). Penelitian yang menyatakan murotal dapat mereduksi kecemasan lansia pernah diteliti, akan tetapi lansia tersebut yang dalam perawatan di Unit Sosial Rehabilitasi

lansia (Askari et al., 2018). Namun belum ada penelitian yang menggunakan sampel dari lansia yang tinggal sendirian atau bersama keluarga.

Dari uraian diatas, peneliti tertarik untuk meneliti bagaimanakah pengaruh *murottal* untuk mereduksi kecemasan lansia yang tinggal sendiri dan yang tinggal dengan keluarga dengan intervensi terapi *murottal*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perngaruh murottal sebagai terapi religi untuk mereduksi kecemasan pada lansia yang tinggal sendirian dan yang tinggal bersama keluarga. Manfaat dari penelitian ini secara pengetahuan dan praktis diharapkan dapat memberi sumbangan pengetahuan pada keluarga lansia dan orang-orang disekitar lansia khususnya lansia yang tinggal sendirian untuk mereduksi kecemasan pada lansia sehingga meningkatkan kualitas hidup dalam menjalani masa-masa akhirnya.

KAJIAN PUSTAKA

Kecemasan Dalam Perspektif Islam

Menurut Martin dan Osborn (Rahmi, 2015) faktor spiritual yaitu agama dapat menghilangkan kecemasan seseorang. Kecemasan adalah salah satu penyakit yang banyak tersebar diantara manusia. Dalam bahasa Arab dikatakan bahwa bila sesuatu cemas, maka ia akan bergerak dari tempatnya. Hingga bisa dikatakan bahwa bentuk kecemasan adalah adanya perubahan atau goncangan yang berseberangan dengan ketenangan yang Allah gambarkan dalam firman-Nya dalam surah al-Fajr ayat 27-30, *"_Hai jiwa yang tenang, kembalilah kepada Tuhanmu dengan hati yang puas lagi diridhai-Nya. Maka masuklah ke dalam jamaah hamba-hamba-Ku, dan masuklah ke dalam surga-Ku_."*

Petunjuk tentang ketentraman dan ketenangan batin banyak diungkap oleh Alquran. Seperti tertuang dalam sebuah syair Jawa: *tombo ati iku lima sakwarnane: (1) Maca Quran angen-angen sak maknane...salah suwijine sopo biso ngelakoni insya Allah gusti Allah nyembadani*…artinya: obat hati itu ada lima macam: (1) membaca Alquran sambil mencoba memahami artinya...barang siapa mampu melaksanakan salah satu dari kelima tersebut maka Allah akan mengabulkan (permintaannya dengan menyembuhkan penyakit yang diderita). Syair tersebut menunjukkan bahwa Alquran merupakan terapi mujarab dan utama, membaca Alquran bukan saja menjadi amal dan ibadah, tetapi juga dapat menjadi penyembuh

bagi orang yang sedang gundah / tidak tenang dan cemas jiwanya (Mulyadi, Hidayah, & Mahfur, 2006).

Agama Islam sejak zaman dahulu kala mengajarkan serta membimbing kita kaidah yang luhur berkaitan keutamaan Alquran. Hal ini termaktub dalam sabda Rasulullah SAW, beliau menyatakan bahwa yang dimaksud _waasil/ penyambung silaturohmi bukanlah _mukafi/orang yamg membalas dengan setara. Akan tetapi adalah bila kita diputus hubungan silaturohminya akan berusaha menyambungnya kembali **(**HR Bukhari dan yang lainnya**)**. Berdasarkan hadist tersebut diharapankan manusia untuk bersilaturahmi agar terbebas dari kecemasan yang timbul karena tidak adanya keharmonisan dalam suatu ukhuwah.

Kecemasan adalah suata keadaan dimana jiwa penuh dengan perasaan kekhawatiran serta ketakutan yang mungkin akan terjadi. Berbeda dengan perasaaan emosi seperti sedih dan sakit umumnya yang bersifat sementara dan akan sembuh seiring dengan hilangnya penyebab kemunculannya, namun sangat berbeda dengan kecemasan. Ada beberapa hal yang menyebabkan situasi tersebut terjadi menurut pandangan Islam (Nasrudin, 2018), penyebab kecemasan:

1. Lemahnya rasa keimanan dan kepercayaan yang dimiliki manusia dan kurangnya tawakkal mereka terhadap Allah Swt.
2. Hanya memikirkan keduniawian, sehingga memiliki pola pikir dan cara pandang yang negatif. Serta dipengaruhi oleh hawa nafsu keserakahan, ambisi,dan keegoisan.
3. Rendah keimanan kita tentang tujuan maksud kita diciptakan ke dunia.
4. Bergantung pada diri sendiri dan sesama manusia lain dalam urusan di dunia, sehingga lupa menggantungkan hidupnya kepada Allah SWT.
5. Bersikap sombong dengan menganggap segala sesuatu keberhasilan kita itu bukan akan kuasa Allah

Pada dasarnya ketakutan dan kecemasan itu bukan melekat pada diri manusia sejak lahir, akan tetapi ketakutan dan kecemasan tersebut hadir karena adanya luapan emosi yang tidak terkontrol dan berlebihan. Ditambah dengan faktor lingkungan, misalnya keluarga, sekolah dan sosial (tempat kerja dan unsur budaya) dapat turut serta memanipulasi segalanya.

Banyak ayat-ayat di dalam Alquran yang menyiratkan tentang hubungannya dengan kejiwaan manusia sehingga dapat dijadikan acuan dasar sebagai psikoterapi dalam mengobati kecemasan manuasia. Alquran dapat menjadikan jiwa yang cemas menjadi tenang, ketenangan jiwa manusia sebenarnya sudah dijanjikan melalui Alquran. Cara mencapai ketenangan itu bermacam-macam salah satunya adalah dengan membaca atau mendengarkan bacaan ayat-ayat suci Alquran. Disamping itu didalam alquran itu sendiri terdapat berbagai macam tuntunan bagi manusia dalam mencapai kebahagiaan dan ketenangan hidup di dunia akherat tanpa rasa cemas. Pernyataan ini banyak didukung oleh penelitian-penelitian yang membuktikan bahwa dengan psikoterapi religi dengan mendengarkan atau menggunakan ayat-ayat didalam Alquran dapat menurunkan bermacam-macam bentuk kecemasan yang dialami oleh individu, dimana terdapat korelasi antara keseringan membaca Alquran dengan penurunan kecemasan yang dialami oleh individu tersebut (Mulyadi; Hidayah & Mahfur, 2006).

Teori Kecemasan

Pada pendekatan neurologis kecemasan, dimana terdapat upaya untuk mengidentifikasi sistem yang terkait dengan sindrom kecemasan dengan dua cara yang berbeda tetapi saling menguatkan yaitu diakibatkan oleh sistem yang mengalami disfungsi sehingga menimbulkan gangguan dan aktifitas yang mendasari gejala tertentu (Andrews et al. 2003). Dimana sindrom dari kecemasan ini dapat dilihat dari aspek perilaku, kognitif dan fisiologis (Gray & Mcnaughton, 2003).

Kecemasan adalah ketakutan, ketegangan, atau kegelisahan yang berasal dari antisipasi bahaya yang berasal dari internal atau eksternal (Gray & Mcnaughton, 2003). Reaksi emosi kecemasan melibatkan berbagai pengalaman fisiologis seperti: kecepatan denyut jantung dan tekanan darah akan meningkat, berkeringat, mulut terasa kering, nafas cepat dan tidak teratur, kadar gula di dalam darah meningkat, gemetar, perut mual (mulas), Reaksi-reaksi fisioiogis sedemikian ini digerakkan sistem urat syaraf otonom dan sistem limbik. Sistem limbik adalah bagian otak yang sangat berperan dalam pembentukan tingkah laku emosi (marah, takut, cemas, dorongan seksual). Sistem limbik terdiri dari amigdala, septum, hipotalamus,

talamus, dan hipokampus (Masters et al., 1992). Dimana amigdala memainkan peran penting dalam memori dan dalam modulasi perilaku sosial dan emosional.

Pusat kognitif di otak kita terletak pada bagian prefrontral Cortex, yang terlibat dalam pemikiran, perencanaan, dan perilaku sosial. Prefrontral Cortex dari otak membantu kita untuk menjaga emosional. Sebagian besar pengolahan emosi berlangsung di bagian yang lebih dalam dari cortex. Struktur otak anatomis ini secara kolektif disebut "sistem limbik". Salah satu struktur fundamental dalam sistem limbik adalah Hippocampus yang memainkan peran penting dalam respon stres dan meregulasi hipotalamus – pituatery – adrenal (HPA). Hippokampus dan neurogenesis memainkan peran penting dalam pengembangan ketahanan terhadap stres dan kecemasan (Martin & Ressler, 2009).

Akan tetapi bagian yang paling penting dari sistem limbik yang memainkan peran sentral dalam regulasi emosi adalah amigdala. Amigdala adalah pusat pembentukan ketakutan dan kecemasan yang berhubungan dengan memori dan telah terbukti dalam gangguan kecemasan (Gray & Mcnaughton, 2003). Hal ini juga terhubung dengan struktur otak lain seperti Hippocampus, thalamus, dan hipotalamus.

Terlepas dari perubahan anatomi, sangat penting untuk memahami bahwa fungsi otak atau keterkaitan antara berbagai pusat otak dan jaringan terjadi melalui neurotransmitter. Dalam menanggapi emosi, asam Gamma-aminobutirat (GABA) dikenal untuk memiliki efek penghambatan pada emosi, sementara glutamat memiliki efek rangsang. Peran serotonin, dopamin, dan norepinefrin juga didokumentasikan dengan baik dalam patogenesis berbagai tingkat emosi. Neurotransmiter lain yang mungkin memainkan peran dalam patogenesis gangguan kecemasan adalah cholecystokinin (CCK), galanin (Gal), neuropeptida Y (npy), Oksitosin (OT), vasopresin (AVP), dan faktor pelepasan kortitrofin (Martin & Ressler, 2009).

Proses dari kecemasan diawali dari korteks limbik adalah bagian dari korteks yang secara filogenetis kuno termasuk korteks insular dan korteks cingulate. Korteks limbik mengintegrasikan komponen sensorik, afektif, dan kognitif dari nyeri serta memproses informasi mengenai kondisi didalam tubuh. Hippocampus adalah struktur sistem limbik yang memiliki kontrol penghambatan atas sistem respons stres, dan

memainkan peran dalam umpan balik negatif untuk poros hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA). Volume hipokampus dan neurogenesis (pertumbuhan sel baru) dalam struktur ini miliki telah terlibat dalam sensitivitas stres dan ketahanan dalam hubungan dengan suasana hati dan kecemasan. Struktur sistem limbik, amigdala memproses rangsangan eksternal yang menonjol secara emosional dan memulai respon perilaku yang sesuai. Amigdala bertanggung jawab atas ekspresi ketakutan dan agresi juga perilaku defensif, serta memainkan peran dalam pembentukan dan pengambilan kenangan emosional yang berhubungan dengan ketakutan (Martin & Ressler, 2009).

Kenudian terjadi respon ketakutan dan kecemasan dalam keterlibatan amigdala, dimana inti pusat amigdala (CeA) sangat saling berhubungan dengan daerah kortikal termasuk korteks limbik. Itu juga menerima input dari hippokampus, thalamus, dan hipotalamus. CeA yang mengalami peningkatan respon yang mengejutkan bersinergi dengan CRF dalam aktivasi sumbu HPA. Pada poros HPA, CRF dilepaskan dari inti paraventrikular dan bekerja pada reseptor di hipofisis anterior untuk memperoleh dan pelepasan hormon adrenokortikotropik (ACTH), yang dilepaskan untuk mengaktifkan produksi dan pelepasan glukokortikoid dari adrenal korteks. Pada manusia, steroid stres yang utama adalah kortisol, pada hewan tikus itu adalah kortikosteron. Aktivitas sumbu HPA diatur oleh banyak struktur sistem limbik lainnya, termasuk amigdala, yang meningkatkan aktivitas aksis HPA dan hippocampus, yang menekan aktivasi sumbu HPA (Martin & Ressler, 2009).

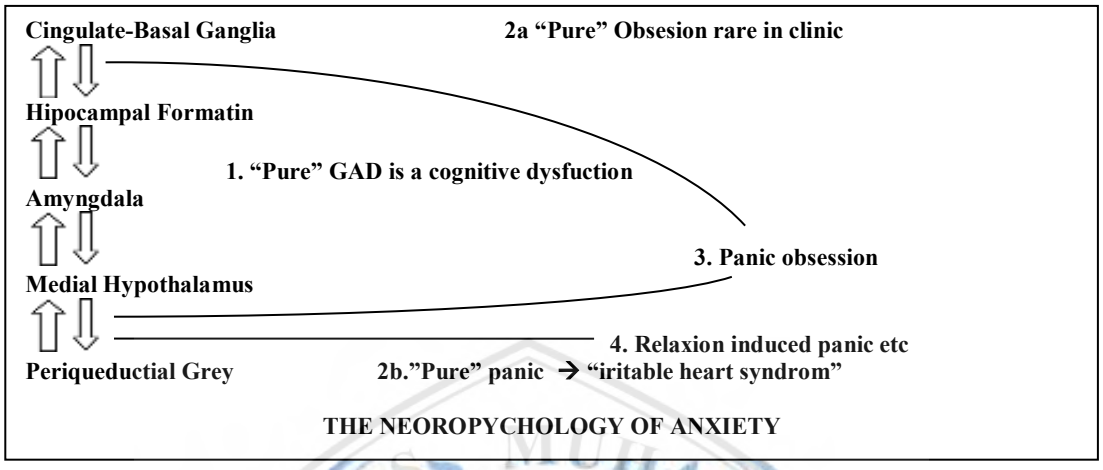
Kecemasan berhubungan dengan hiperaktivitas di otak luar. Aktivitas yang lebih besar dari daerah hemisfer kiri, namun, lebih sering terlibat kecemasan pada daerah belahan kanan. Studi tentang metabolisme otak pada gangguan panik telah menunjukkan aliran darah yang lebih besar, volume darah, dan tingkat metabolisme untuk daerah hemisfer kiri kanan, namun aliran darah lebih besar (Keller et al., 2000) dan metabolisme glukosa yang lebih tinggi di belahan kanan selama kinerja tugas yang menghasilkan kecemasan (Wu et al., 1991). Namun tidak ada perbedaan hemisfer yang muncul untuk yang memiliki kecemasan rendah. Sehingga didapatkan kesimpulan kecemasan lebih sering terjadi pada aktivitas otak kanan dari pada kiri, seperti yang ditunjukan oleh EEG pada penurunan alpha.

Aktivitas di otak dapat direkam dengan menggunakan teknik Electroencephalography (EEG) dengan memasang sejumlah pasang elektroda melekat pada kulit kepala untuk merekam aktivitas listrik otak karena otak menggunakan sinyal listrik untuk berkomunikasi dengan neuron lain. Kombinasi dari sinyal-sinyal ini oleh jutaan neuron akan menciptakan ukuran kolosal dari aktivitas otak. EEG secara teratur diatur ke dalam empat klasifikasi, misalnya, alfa, beta, delta, dan theta. Gelombang Alpha adalah gelombang yang menggambarkan keadaan khawatir, cemas atau tentang keadaan tidak relaks (Azizi, 2009; Jalaudin & Amin, 2018). Dimana pitha alpha ini menjadi fokus penelitian secara khusus (Azizi, 2009), pada saat mendengarkan murottal Alquran, maka gelombang alpha meningkat (Abdullah, 2014; Jalaudin, Kamal, & Amin, 2019; Mantri, Dukare, Yeole, Patil, 2013; Shekha, Hassan & Othman, 2013).

Berdasarkan uraian diatas, stimullus yang berupa kecemasan secara audiovisual akan diproses awal didalam hipothalamus kemudian dikirim ke amigdala. Amigdala adalah sekelompok syaraf yang berbentuk kacang almond berfungsi dalam pengolahan data sensorik, ingatan dan emosi. Dimana hipothalamus sebagai proses pembentukan, konsep emosi ditentukan oleh amigdala (Gray & Mcnaughton, 2003; Pudjono, 1995).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kecemasan diawali oleh respon panik yang langsung dikendalikan oleh level terendah, PAG/Periaqueductal Grey; otonom dari kecemasan oleh hipotalamus medial dan amigdala; aspek kognitif utama dari kecemasan oleh sistem septo-hippocampal; obsesi dan paksaan oleh cingulate dan interaksinya dengan ganglia basal. Implikasinya adalah bahwa gangguan kecemasan murni merupakan akibat disfungsi kognitif dengan perubahan gairah, penghindaran yang pasif dan lain sebagainya. Yang berakibat pada koneksi antara pembentukan hippocampal dan amigdala (1) Bahwa kepanikan dan obsesi mungkin merupakan akibat dari disfungsi PAG dan cingulate, Pada (2a, 2b) hanya akan menimbulkan gangguan kecemasan pada orang dengan tipe kepribadian neurotik; tetapi bahwa tingkat kecemasan yang tinggi hasil dari disfungsi hippocampal dapat menghasilkan kepanikan dan obsesi sebagai gejala sekunder dengan penumpahan eksitasi/energi (3). Sementara, pada intensitas yang lebih rendah, kecemasan dapat

menjadi penghambat rasa ketakutan (4) (Gray & Mcnaughton, 2003). Yang tergambar dalam skema Neuropsikologi dibawah ini.



Gambar 1. Neuropsikologi Kecemasan (Diambil dari Gray & Mcnaughton, 2003)

Intervensi untuk gangguan kecemasan dengan basis bukti terkuat terapi kognitif-perilaku untuk kecemasan (Turner, 1984). Kognisi dapat mempengaruhi emosi dan perilaku sesuai dengan keinginan (Dobson & Dozois, 2010). Dimana dampak kemanjuran intervensi terevaluasi dengan kriteria ilmiah yang ketat (Barlow, Nock, & Hersen, 2008). Namun tidak dipungkiri intervensi obat-obatan yang paling sering diresepkan untuk pengobatan gejala dan gangguan kecemasan yang mempunyai efek menenangkan namun beresiko.

Kecemasan Lansia

Kecemasan menurut Taylor 1995 ialah suatu pengalaman subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dan ketidakmampuan menghadapi masalah atau adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menyenangkan ini umumnya menimbulkan gejala-gejala fisiologis (seperti gemetar, berkeringat, detak jantung meningkat dan gejala psikologis (seperti panik, tegang, bingung, tidak dapat berkonsentrasi dan sebagainya) yang ditanggapi dengan respon yang berlebihan.

Respon fisiologis terhadap kecemasan (Stuart 1995) terjadi pada sistem tubuh kardiovaskuler, pernafasan, neuromaskuler, gastrointestinal, discomfort, traktus urinarius. Pada sistem tubuh kasdiovaskuler menimbulkan respon palpitasi, tekanan darah meninggi, rasa mati, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi

menurun, jantung seperti terbakar; Pada pernafasan menimbulkan respon nafas cepat, nafas pendek, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tengkorak, sensasi tercekik, terengah-enggah; Neuromoskuler menimbulkan respon reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas,wajah tegang, kelemahan umum, gerakan yang janggal; Gastrointestinal menimbulkan respon kehilangan nafsu makan, menolak makan, abdomen; Discomfort responnya adalah mual, diare: Discomfort responnya adalah mual, diare; Traktus urinarius responnya tidak dapat menahan kencing, sering kencing; dan pada sistem tubuh kulit responnya adalah wajah kemerahan, telapak tangan berkeringat,gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat.

Dimana respon sistem saraf otonom terhadap rasa takut dan kecemasan menimbulkan aktivitas involunter pada tubuh yang termasuk dalam mekanisme pertahanan diri. Serabut saraf simpatis " mengaktifkan" tanda-tanda vital pada setiap tanda bahaya untuk mempersiapkan pertahanan tubuh. Kelenjar adrenal melepas adrenalin (epinefrin), yang menyebabkan tubuh mengambil lebih banyak oksigen, medilatasi pupil, dan meningkatkan tekanan arteri serta frekuensi jantung sambil membuat konstriksi pembuluh darah perifer dan memirau darah dari sistem gastrointestinal dan reproduksi serta meningkatkan glikogenolisis menjadi glukosa bebas guna menyokong jantung, otot, dan sistem saraf pusat. Ketika bahaya telah berakhir, serabut saraf parasimpatis membalik proses ini dan mengembalikan tubuh ke kondisi normal sampai tanda ancaman berikutnya mengaktifkan kembali respons simpatis (Videbeck, 2008).

Adapun Fisiologis kecemasan menurut Guyton (2007) adalah stress fisik atau emosional mengaktivasi amygdala yang merupakan bagian dari sistem limbik yang berhubungan dengan komponen emosional dari otak. Respon emosional yang timbul ditahan oleh input dari pusat yang lebih tinggi di forebrain. Respon neurologis dari amygdala ditransmisikan dan menstimulasi respon hormonal dari hipotalamus. Hipotalamus akan melepaskan hormon CRF (*corticotropin- releasing factor*) yang menstimulasi hipofisis untuk melepaskan hormon lain yaitu ACTH (*adrenocorticotropic hormone*) ke dalam darah. ACTH sebagai gantinya menstimulasi kelenjar adrenal untuk menghasilkan kortisol, suatu kelenjar kecil yang

berada di atas ginjal. Semakin berat stress, kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol semakin banyak dan menekan sistem imun.

Terkait dengan fisiologis kecemasan, tanda-tanda kecemasan pada lansia adalah kombinasi gejala yang dapat dicirikan dalam tiga domain: gejala kognitif, seperti pemikiran ruminatif dan mengganggu; gejala afektif, seperti khawatir, takut, suasana hati rendah, atau lekas marah; dan gejala-gejala somatik, seperti jantung yang berdetak, berkeringat, gangguan perut, atau tanda-tanda lain dari rangsangan fisik (Segal, Qualls & Smyer, 2018).

Menurut model kognitif-perilaku mencirikan kecemasan dalam tiga komponen yang saling terkait, yaitu aspek kognitif, emosional, dan perilaku. (Segal, Qualls, & Smyer, 2018; Turangan, 2011; Stuart, 2006). Pada aspek kognitif, orang yang cenderung mengalami masalah kecemasan cenderung merasakan ancaman di lingkungan, bahkan dalam situasi yang sebagian besar orang lain tidak menganggapnya menakutkan. Secara khusus, mereka memegang keyakinan kuat bahwa mereka tidak dapat mengelola stres secara efektif atau mengatasi kesulitan yang membuat mereka melihat sebagian besar situasi sebagai ancaman. Kemudian, sebagai tanggapan terhadap ancaman yang dirasakan, orang tersebut mengalami gairah fisiologis, biasanya disebut sebagai respons melawan atau lari, ditandai dengan meningkatnya keringat, detak jantung, dan tekanan darah, sebagai akibatnya individu kemudian mulai menjadi takut, takut, atau khawatir (aspek emosional), dan merespons secara perilaku dengan mencoba mengurangi atau mengatasi ancaman, misalnya, dengan melarikan diri, bersembunyi, berkelahi, atau gemetaran (Segal, Qualls & Smyer, 2018).

Pendapat lain memandang bahwa perilaku kecemasan sebagai tidak adanya keterampilan yang efektif, distorsi dalam berpikir, dan / atau pola perilaku yang menghindari atau menghindari cara yang lebih bermanfaat dalam mengatasi pikiran yang menakutkan tentang ancaman (Segal, Qualls & Smyer, 2018). Aspek kognitif dari model ini menekankan proses berpikir sebagai mekanisme dimana situasi yang sulit berubah menjadi gejala kecemasan (Laidlaw, Kishita, & Chellingsworth, 2016).

Pada penelitian yang menganalisa 4000 pasangan menyebutkan, mereka patah hati karena ditinggal kekasih atau pasangan cenderung merana, tertekan, dan mengalami kecemasan yang berlebihan. Terutama pada mereka yang akan berstatus

janda atau duda dan mengalami kesepian. Prevalensi gangguan kecemasan di kalangan orang dewasa di seluruh dunia melalui meta-analisis data dari 87 penelitian di 44 negara dinyatakan bahwa gangguan kecemasan di kalangan orang dewasa adalah umum di seluruh budaya, kecemasan pada lansia adalah masalah yang umum dan menjadi penyebab utama perhatian klinis (Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2013). Berdasarkan tinjauan komprehensif dari studi epidemiologi utama, perkiraan prevalensi gangguan kecemasan lansia berkisar antara 3,2% hingga 14,2% (Wolitzky, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010). Dibanding laki-laki wanita lebih sering mengalami gangguan kecemasan. Prevalensi kecemasan pada wanita 30,5% lebih tinggi dari laki-laki 19,2%, 25% tidak menikah, lebih dari 35% memerlukan perawatan dan sekitar 10% melakukan bunuh diri (Dugue & Neugroschl, 2002). Perempuan memiliki tingkat kecemasan lebih tinggi daripada laki-laki (Reynolds, Pietrzak, El-Gabalawy, Mackenzie, & Sareen, 2015; Andreescu & Varon, 2015).

Berdasarkan pemaparan di atas selain melihat kecemasan dari sudut pandang fisiologis, yang meliputi pengertian serta respon yang dihasilkan dari kecemasan itu sendiri. Juga dibahas faktor yang menyebabkan kecemasan terdapat tiga aspek yang saling terkait satu sama lain yang mempengaruhi kecemasan lansia, yaitu aspek kognitif, emosi dan perilaku. Kecemasan yang terjadi pada lansia selain dapat berpengaruh kepada respon fisiologisnya juga dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup, meningkatkan resiko kematian dan mempengaruhi kemampuan dalam kehidupan sehari-hari.

Murottal dan Kecemasan Lansia

Murottal adalah salah satu bacaan Alquran yang merdu dan indah, efek indahnya memiliki pengaruh positif bagi mereka yang mendengarnya (Nakhavali & Seyedi, 2013), seperti dalam hal pembicaraan, pembelajaran dan hubungan interpersonal (Tumiran, Mohamad, & Saat, 2013).

Murottal memiliki irama yang sama halnya dengan musik yang dapat menyeimbangkan gelombang otak (brain waves) salah satunya dapat membentuk gelombang alpha yang akan membawa ketenangan (Campbell, 2002). Gelombang

alpha bagi sesorang yang mengalami kecemasan yang direkam dengan Electroencephalography (EEG) akan mengalami penurunan (Martin & Ressler, 2009), namun dengan mendengarkan murotal gelombang alpha akan meningkat sehingga menimbulkan ketenangan. Murottal adalah Alquran yang direkam dari reciters otentik (Abdullah, 2014) dan rekaman suara Alquran yang dilagukan oleh seorang Qori dengan tempo murottal Alquran yang rendah kurang dari 60 desible sehingga mempunyai efek relaksasi dan dapat menurunkan kecemasan.

Murottal sebagai terapi religi lebih relevan karena mengandung unsur kognitif (Mar'ati, 2016). Alquran sebagai As Syifa memiliki kekuatan yang menyembuhkan tekanan jiwa sesuai firman Alloh QS Yunus, 57 yang intinya bahwa "Alquran adalah berasal dari Alloh sebagai penawar penyakit hati/jiwa bagi orang-orang beriman." Susunan ayat dalam Alquran diyakini sebagai satu-satunya kitab suci yang memiliki energi daya gubah yang luar biasa yang dapat melemahkan dan menguatkan jiwa dan fisik (Mar'ati, 2016). Banyak ayat-ayat dalam Alquran yang berhubungan dengan kejiwaan manusia yang secara teoritik dijadikan acuan psikoterapi untuk mengatasi kecemasan (Mulyadi, Hidayah, & Mahfur, 2006) serta mengandung pelajaran dan nasehat guna perbaikan hati, karena kecemasan adalah bagian dari penyakit hati sehingga tepat bila Alquran dijadikan penawarnya (Mar'ati, 2016).

Banyak peneliti mencoba mencari hubungan antara ilmu pengetahuan dengan dimensi spiritual yang hingga sekarang masih belum jelas, namun diyakini adanya hubungan tersebut. Neurotheology mengacu pada bidang multidisiplin ilmu yang berusaha untuk memahami hubungan antara ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan susunan syaraf manusia dan agama (Newberg, 2010). Dalam perkembangannya neurotheology telah mengandung istilah yang sangat luas yang berkaitan dengan persimpangan antara agama dan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan ilmu syaraf secara umum (Sayadmansour, 2014).

Seperti dalam penelitian tentang kecemasan yang dilakukan oleh Harrington (Laili & Nida, 2014) dikatakan bahwa adanya *God Spot* dalam susunan syaraf pusat didalam otak, ketika melakukan kegiatan religi akan mengalami suatu keadaan menjadi tenang (Clarke, 2016; Way, 2016). Dari unsur psikoterapeutik, terapi religi ini sama pentingnya dengan psikiatrik yang sama-sama mengandung kekuatan

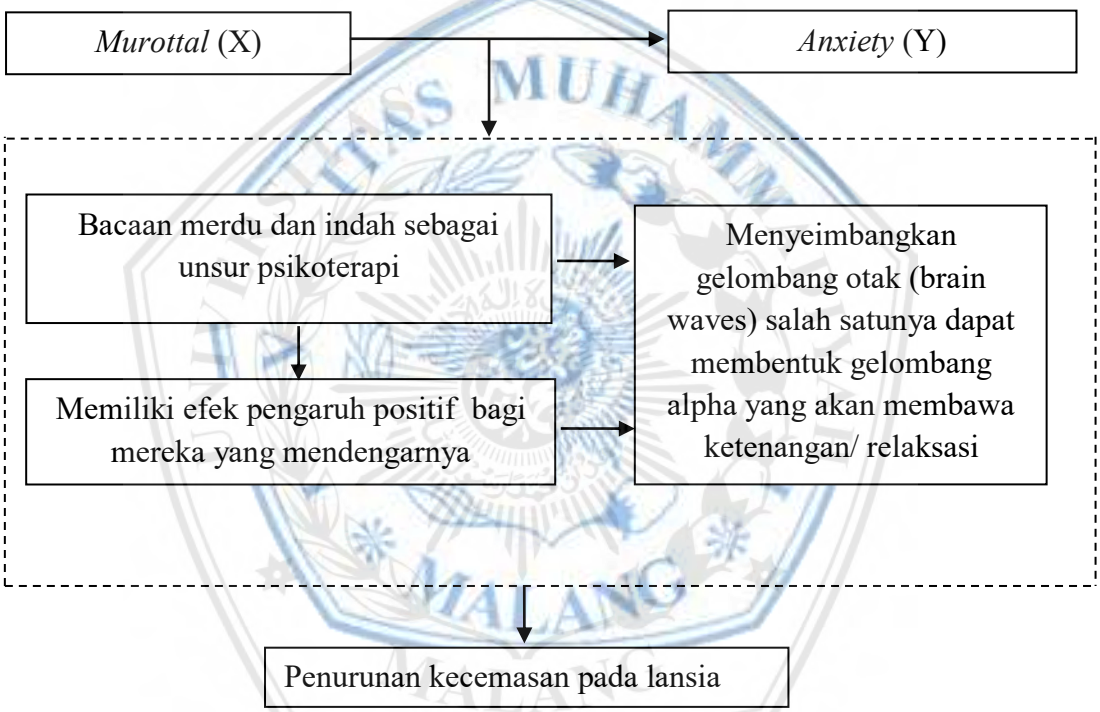
spiritual rohani yang dapat meningkatkan rasa percaya diri dan optimisme individu meningkat. Psikoterapi mungkin bekerja lebih baik dibandingkan obat karena berusaha untuk memperbaiki penyebab kecemasan bukan gejalanya, meskipun dalam jangka pendek.

Direktur utama Islamic *Medicine For Education and Research*, Dr Ahmad Al-Qadhi yang pusatnya di Amerika Serikat sekaligus pengelola klinik di Pana City, melakukan penelitian pengaruh mendengarkan Alquran pada manusia dalam perspektif fisiologis dan psikologis yang terbagi dalam dua tahapan. Tahap pertama bertujuan untuk menentukan kemungkinan adanya pengaruh Alquran pada fungsi organ tubuh sekaligus mengukur intensitas pengaruhnya. Hasil eksperimen pertama membuktikan bahwa 97% responden, baik muslim maupun non muslim, baik yang mengenal bahasa arab maupun tidak, mengalami beberapa perubahan fisiologis yang menunjukkan tingkat ketegangan urat syaraf reflektif. Hasilnya membuktikan bahwa mendengarkan bacaan Alquran memiliki pengaruh yang mampu merelaksasi ketegangan urat syaraf reflektif (Thayyarah, 2013; Sucaka, 2017). Fakta ini secara tepat terekam dalam suatu alat sistem detektor elektronik yang didukung sistem komputer guna mengukur perubahan apapun dalam fisiologi (organ) tubuh (Sucaka, 2017). Tahap eksperimen kedua diarahkan guna mengetahui dampak Alquran terhadap psikologis. Dalam penelitian tersebut, didapatkan hasil yang positif. Eksperimen penyimakan bacaan Alquran menunjukkan hasil 65%. Hal ini berarti bahwa voltase listrik pada otot relatif menurun, mengindikasikan Alquran dapat memberikan efek relaksasi sehingga mengurangi kecemasan (Thayyarah, 2013; Sucaka, 2017).

Memahami fenomena tersebut maka pada pada dasarnya kecemasan yang muncul pada kelompok lansia tentunya menjadi sebuah kondisi yang lahir sebagai dampak ketidakmampuan mereka untuk melakukan penyerahan secara bathiniah (pasrah) kepada Allah terkait akan konsekuensi-konskuensi perubahan hidup yang melanda mereka di usia tua. Sebaliknya, kekhawatiran akan ketidakpastian, keburukan dan penderitaan yang menghadang di depan mata akan masa depan mereka dihari tua sebagai dampak dari perubahan fisik, psikis dan sosial, ekonomi yang terjadi, menjadi potensi yang memperburuk kualitas mereka sebagai individu.

Pada akhirnya, tidak dapat dipungkiri ketika seorang lansia melakukan terapi *murotal* dalam kondisi yang khusyuk maka akan membawa pengaruh yang positif pada seluruh sistem fisik maupun psikis sehingga berdampak pada ketenangan, kebahagiaan, kekuatan, harapan, kepasrahan yang menentramkan dan serangkaian kondisi mental yang positif. Serta dapat memupuskan ketegangan psikis baik berupa kecemasan, stres maupun depresi sehingga lansia lebih memiliki kesempatan untuk menjalani masa tua mereka dalam kondisi sehat dan bahagia.

Kerangka Berpikir



Gambar 2. Kerangka Berpikir

Hipotesis:

Ada pengaruh murottal sebagai terapi religi dalam mereduksi kecemasan lansia yang tinggal sendiri dan lansia yang tinggal bersama keluarga, dimana lansia yang tinggal sendiri mengalami penurunan kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan lansia yang tinggal bersama keluarga.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Pendekatan penelitian yang digunakan adalah quantitative research Quasi-experiment pre eksperimen. Desain penelitian ini menggunakan *quantitative research non randomized assigment with the two-group pretest-posttest design*, dimana desain ini menggunakan empat kelompok subjek, dua diberi perlakuan (kelompok eksperimen) dan dua yang lain tidak diberi perlakuan (kelompok kontrol).

Dari desain ini dari suatu perlakuan terhadap terhadap variabel independen akan diuji dengan cara membandingkan keadaan variabel dependen pada kelompok eksperimen setelah dikenai perlakuan dengan kelompok yang tidak dikenai perlakuan (Latipun, 2002). Penelitian ini diharapkan dapat memberikan penjelaskan tentang pengaruh murotal sebagai religius terapi dalam mereduksi kecemasan lansia yang tinggal sendiri dan lansia yang tinggal bersama keluarga.

Tabel 1. Desain Penelitian

Kelompok	*Pretest*		Perlakuan		*Posttest*
E_1	O1	→	X	→	O2
E_2	O3	→	X	→	O4
K_1	O5	→	-	→	O6
K_2	O7	→	-	→	O8

Keterangan :

E_1 : Eksperimen lansia tinggal sendiri
E_2 : Ekeperimen lansia tinggal bersama keluarga
K_1 : Kontrol lansia tinggal sendiri
K_2 : Kontrol lansia yang tinggal bersama keluarga
X : Intervensi *murottal* sebagai terapi religi
O1, O3, 05 & O7 : Pretest kecemasan lansia pasca intervensi
O2, O4, 06 & O8 : Posttest kecemasan lansia pasca intervensi

Subjek penelitian

Subjek dalam penelitian ini berjumlah 24 orang lansia yang berusia 60 tahun ke atas yang terbagi dalam 4 kelompok yaitu 2 kelompok eksperimen dan 2 kelompok kontrol yang masing-masing kelompok terdiri dari 6 orang lansia. Populasi adalah keseluruhan unit atau individu dalam ruang lingkup penelitian (Hanurawan, 2016). *Non Random sampling* adalah pengambilan sampel dari sebuah populasi dengan cara tertentu sehingga setiap anggota populasi memiliki peluang yang sama untuk dapat terpilih (Kerlinger, 2006). Metode Pengambilan Sampel atau sampling adalah suatu

proses yang dilakukan untuk memilih dan mengambil sampel secara benar dari populasi, sehingga digunakan sebagai wakil yang sahih atau dapat mewakili bagi populasi tersebut. Dimana tehnik penentuan sampel yang digunakan adalah *non randomized assignment*.

Kriteria subjek penelitian: 1) Tinggal sendirian, 2) Tinggal bersama keluarga, 3) Bersedia menjadi responden, 4) Pendidikan minimal SD atau sederajat, 5) Usia diatas 60 tahun (Facca & Sanchez-ramos, 1996; Kemenkes RI, 2017; Organization, W. H., 2004), 6) Tidak mengalami gangguan pendengaran, 7) Mampu berkomunikasi, 8) Beragama Islam.

Instrumen dan Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur penelitian dalam penelitian ini dimulai dari tahap *persiapan*, yaitu mempersiapkan alat ukur yang digunakan dalam penelitian melakukan research atau survey. Kemudian menggunakan skala berdasarkan instrumen yang digunakan pada penelitian adalah kuesioner dan disampaikan dengan secara lisan kepada semua subjek lansia dalam penelitian.

Kuesioner untuk mengukur kecemasan lansia dan menggunakan skala GAS (*Geriatric Anxiety Scale*) yang dikembangkan oleh Segal (Segal, June, Payne, Coolidge, & Yochim, 2010). Dengan konsisten reliabilitas (α = .93), (Segal et al., 2010; Mueller, 2014). GAS (*Geriatric Anxiety Scale*) terdiri dari 25 aitem untuk mengukur aspek kognitif, emosi dan fisiologis dan 5 aitem tambahan yang terkait perhatian tentang keuangan, kekhawatiran tentang kesehatan seseorang, kekhawatiran tentang anak-anak, takut akan kematian, dan takut menjadi beban bagi orang lain. Untuk penskoran menggunakan kategori atau penilaian 0 – 3.

Kemudian tahap selanjutnya dengan melakukan try out. Setelah melakukan try out skala dilakukan uji validitas dan reliabilitas dari skala *geriantric anxiety scale* diperoleh 20 aitem dengan reliabilitas adalah α = .72 yang tergolong reliabel.

Prosedur Penelitian

Penelitian dilakukan dengan memberikan perlakuan berupa terapi murotal. Terapi murottal yang dipilih peneliti adalah menggunakan metode murottal pasif yaitu mendengarkan terapi murotal. Sebelum perlakuan dalam pertemuan pertama

dilakukan, seluruh subyek akan di berikan skala kecemasan (*Geriatric Anxiety Scale*) untuk mengukur kecemasannya dan akan di ukur kembali setelah seluruh pertemuan selesai di berikan.

Pelaksanaan terapi murottal dan zikir dalam penelitian ini akan di berikan sebanyak 7 kali pertemuan dalam 1 minggu. Durasi pada setiap pertemuan berlangsung selama 45-60 menit yang terbagi dalam 10 menit untuk sesi pembukaan, 30 menit untuk sesi terapi, 20 menit untuk diskusi reflektif dan penutupan pertemuan.

Instruksi yang di sampaikan dalam terapi murotal, peneliti akan mempersilahkan subyek duduk atau berbaring dengan posisiyang nyaman. Untuk menambah sisi religius, kekhusyukan dan kenyamanan subjek penelitian, sengaja tempat yang dipilih peneliti adalah dimasjid. Kemudian subyek juga diminta untuk mengosong pikiran dan merilekskan seluruh otot tubuh.

Berikut ini adalah tahap prosedur penelitian yang dilakukan peneliti yaitu:

1. Tahap awal adalah melakukan uji coba terhadap skala pengukuran dan uji coba modul
2. Memilih subjek dan melakukan *screening* yang memiliki tingkat kecemasan yang tinggi - sedang
3. Tahap awal dari penelitian ini adalah meminta subjek untuk mengisi lembar persetujuan *(informed consent)*.
4. Peneliti memberikan skala awal untuk mendapatkan skor *pretest* dengan memberikan skala kecemasan (*Geriatric Anxiety Scale*)
5. Peneliti menyiapkan modul intervensi murottal sebagai panduan dalam proses terapi, serta lembar observasi untuk mengamati sikap dan perilaku subjek selama proses terapi berlangsung.
6. Pelaksanaan proses intervensi yang dilakukan secara kelompok, pada 12 subjek kelompok eksperimen, yang terbagi atas 6 lansia yang tinggal sendiri dan 6 lansia yang tinggal dengan keluarga.
7. Proses intervensi
   a) Tahapan dalam proses intervensi

      Tahap 1: Persiapan dengan melakukan Rapport, menciptakan hubungan yang baik dengan subjek penelitian, agar memastikan subjek penelitian yang

dilibatkan bersedia mengikuti proses terapi.

Sebelumnya terapis melakukan rapport untuk menciptakan hubungan yang baik antara subjek dan terapis, dilakukan dengan cara membina hubungan yang baik tidak hanya dengan subjek tetapi juga dengan keluarga terdekat dari subjek bagi lansia yang tinggal dengan keluraganya, Secara keseluruhan subjek bersedia mengikuti terapi dan melakukan pengisian form informent concent.

Tahap 2: Menjaga hubungan baik dengan subjek penelitian dan mampu berempati serta memberikan perhatian; Pemberian prosedur terapi murotal.

Secara keseluruhan subjek antusias untuk mengikuti terapi religi. Serta paham dan mengerti tentang prosedur terapi *murottal* dan paham akan instruksi yang harus dilakukan dalam pelaksanaan *murrotal*.

Tahap 3: Menuliskan daftar kecemasan yang dialami masing-masing subjek, setelah itu daftar kecemasan yang telah dituliskan subjek diukur dengan menggunakan scalling question 1-10; Menjelaskan keutamaan dan makna dari surat ar-Rahman dan al- Fajr.

Pada tahapan menuliskan daftar kecemasan, keseluruhan subjek menceritakan kecemasan yang dialaminya kemudian terapis membantu menuliskan sesuai dengan cerita dari subjek dengan bergantian satu persatu. Setelah selesai menuliskan, terapis membacakan kembali kepada subjek untuk mengklarifikasi apakah yang diceritakan oleh subjek sesuai dengan apa yang dituliskan oleh terapis. Subjek juga diminta untuk mengukur kecemasan atas peristiwa yang dialaminya dengan scalling question 1-10.

Pada tahap penjelasan keutamaan dari surat ar-rahman dan al-fajr keseluruhan subjek memahaminya, sebelumnya sebagian besar subjek mengungkapkan belum tahu atau paham keutamaan dan makna dari surat tersebut.

Tahap 4: Pelaksanaan intervensi

Subjek sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi murottal diukur kecemasannya menggunakan SUDs (Subjective Unit Of Distress Scale); Mendengarkan bacaan murotal surat ar-Rahman dan al-Fajr; Peneliti menggunakan Terapi murotal surah ar-Rahman sebagai penghilang rasa takut,

surah al-Fajr sebagai penghasil gelombang delta yang dapat menimbulkan keadaan tenang, tentram dan damai (Aini et al., 2018); Meliputi: berfikir, perekaman, pelaksanaan, pengulangan (Sucaka, 2017).

Pada saat pelaksanaan intervensi, keseluruhan subjek dengan khusyuk mendengarkan bacaan murottal ar-Rahman kemudian al-Fajr. Subjek dipersilahkan untuk memilih posisi berbaring atau duduk dalam mendengarkan murottal.

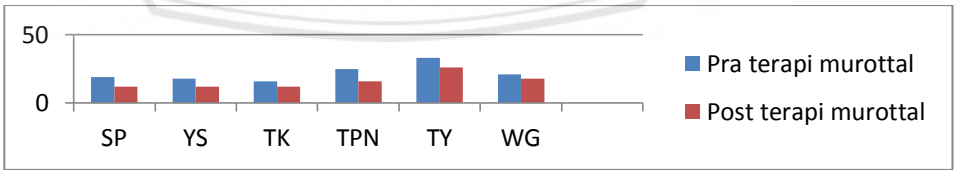
Tahap 5: Evaluasi

Melakukan evaluasi secara keseluruhan dari pelaksanaan intervensi murottal sebagai terapi religi. Serta dilakukan evaluasi tentang manfaat yang didapatkan dari pelaksanaan intervensi.

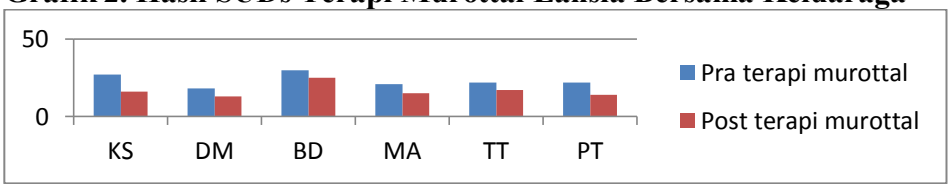
Secara keseluruhan intervensi murottal berjalan dengan lancar, keseluruhan subjek mendapatkan manfaat dari pelaksanaan terapi religi, dimana hasil didapatkan dari:

1. Skala GAS (*Geriantric Anxiety Scale*) menunjukan ada perbedaan skor pretest dan posttest kecemasan lansia baik yang tinggal sendiri ataupun tinggal bersama keluarga, dimana dari skor skala GAS (*Geriantric Anxiety Scale*) menunjukan kecemasannya menurun
2. Pada pengukuran dengan mengunakan SUDs pada pelaksanaan sebelum dan sesudah intervensi murottal, dimana ada penurunan skor kecemasan total dari keseluruhan subjek dengan selisih skor 73.

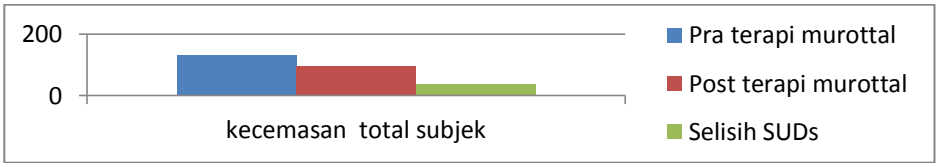
Grafik 1. Hasil SUDs Terapi Murottal Lansia Tinggal Sendiri



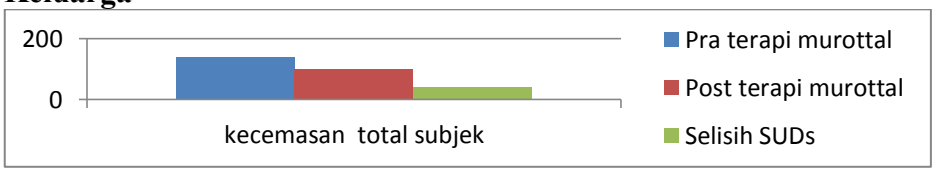
Grafik 2. Hasil SUDs Terapi Murottal Lansia Bersama Keluaraga



Grafik 3. Hasil SUDs Total Terapi Murottal Lansia Tinggal Sendiri



Grafik 4. Hasil SUDs Total Terapi Murottal Lansia Bersama Keluarga



3. Terapi religi murottal secara keseluruhan berkorelasi negatif untuk menurunkan kecemasan yang diungkapkan oleh subjek, dimana subjek yang secara umum mempunyai kekhawatiran dan ketakutan tertentu setelah dilakukan terapi religi kecemasannya secara kualitatif menjadi berkurang, tertuang secara deskripsi dalam hasil intervensi.
4. Keseluruhan subjek merasakan manfaat dari terapi religi murottal diantaranya:

   Tidur lebih nyenyak, pikiran jadi rileks, hati jadi lebih berserah diri, malam hari yang biasanya tidak bisa tidur menjadi bisa, pikiran menjadi tenang dan secara lahir dan batin lebih tenteram daripada sebelumnya.

b) Alat dan bahan yang digunakan adalah MP3, speaker dan lembar observasi.

8. Pelaksanaan intervensi murrotal dipilih di Masjid dengan alasan suasana tempat yang nyaman, tenang dan bernuansa religius.
9. Setelah pemberian intervensi *murottal* sebagai terapi religi, maka dilakukan pengukuran kembali dengan memberikan *Geriatric Anxiety Scale* untuk mengetahui tingkat kecemasan subyek.

Analisa Data

Pada tahap ini peneliti melakukan analisis terhadap pencapaian tujuan intervensi, yaitu menurunkan kecemasan lansia yang tinggal sendiri dan lansia yang tinggal dengan keluarga. Uji asumsi yang dilakukan yaitu melakukan uji normalitas dan uji homogenitas. Pada saat dilakukan uji normalitas diperoleh semua data normal pada masing-masing kelompok perlakuan dan kontrol baik pre dan post. Untuk uji homogenitas terdapat homogenitas masing-masing kelompok baik kelompok

eksperimen lansia tinggal sendiri dan tinggal dengan keluarga maupun kelompok kontrol. T-test digunakan pada kelompok eksperimen dan kontrol untuk melihat skor *pretest* dan *posttest* variabel kecemasan. Uji analisa yang digunakan oleh peneliti adalah *anova* karena data yang digunakan berdistribusi normal, kurang dari 30 dan parametrik. *Anova* adalah tes parametrik dari hipotesis nol bahwa kemungkinan besar bahwa nilai yang dipilih secara acak dari satu sampel akan lebih kecil atau lebih besar dari nilai yang dipilih secara acak dari sampel kedua. Setelah berhasil mendapatkan data yang diinginkan, data tersebut akan diolah dengan program SPSS 23 *for windows.* (Hayes, 2012; Sujianto, 2009).

HASIL PENELITIAN

Uji Hipotesis

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis parametrik yaitu dengan uji Anova. Hasil uji Anova untuk melihat perbedaan kelompok eksperimen dan kontrol, serta pengaruh secara keseluruhan. Sedangkan uji T-test dilakukan untuk menghitung perbedaan skor *pretest* dan *posttest* pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Untuk mengetahui perbedaan skor pretest dan posttest pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dilakukan Uji T-test. Berikut ini hasil perbedaan variabel kecemasan pada masing-masing kelompok :

Tabel 2. Perbedaan Kecemasan

Kelompok	Pretest		Posttest			Sig.	Keterangan
	Mean	SD	Mean	SD	t		
$Ekperimen_1$	33,66	2,73	15,50	2,25	11,65	0,000	$\bar{x}$Posttest >$\bar{x}$Pretest
$Kontrol_1$	31,83	3,78	29,83	3,65	7,41	0,117	$\bar{x}$Posttest >$\bar{x}$Pretest
$Eksperimen_2$	28,50	2,42	13,83	5,67	2,73	0,001	$\bar{x}$Posttest >$\bar{x}$Pretest
$Kontrol_2$	21,50	4,50	20,33	5,12	2,44	0,058	$\bar{x}$Posttest > $\bar{x}$Pretest

Keterangan:

$Eksperimen_1$: Lansia tinggal sendiri
$Kontrol_1$: Lansia tinggal sendiri
$Eksperimen_2$: Lansia tinggal dengan keluarga
$Kontrol_2$: Lansia tinggal dengan keluarga

Berdasarkan tabel diatas, kelompok $eksperimen_1$ memiliki skor rata-rata pretest kecemasan $_{\text{lansia tinggal sendiri}}$ = 3,66 dan saat posttest terdapat penurunan skor rata-rata = 15,50. Signifikansi menunjukkan 0,00 ($p < 0,05$) sehingga terdapat perbedaan rata-rata skor kecemasan yang signifikan antara sebelum diberikan

perlakuan dan setelah diberikan perlakuan. Pada kelompok kontrol$_{\text{lansia tinggal sendiri}}$ memiliki skor rata-rata pretest kecemasan sebesar 31,83 dan skor rata-rata posttest sebesar 29,83. Signifikansi menunjukkan 0,117 ($p > 0,05$) sehingga menunjukkan bahwatidak ada perbedaan yang signifikan antara skor pretest dan posttest pada kelompok yang tidak diberikan perlakuan atau kelompok kontrol.

Sedangkan kelompok eksperimen$_2$ memiliki skor rata-rata pretest kecemasan $_{\text{lansia tinggal dengan keluarga}}$ = 28,50 dan saat posttest terdapat penurunan skor rata-rata = 13,83. Signifikansi menunjukkan 0,001 ($p < 0,05$) sehingga terdapat perbedaan rata-rata skor kecemasan yang signifikan antara sebelum diberikan perlakuan dan setelah diberikan perlakuan. Pada kelompok kontrol $_{\text{lansia tinggal dengan keluarga}}$ memiliki skor rata-rata pretest kecemasan sebesar 21,50 dan skor rata-rata posttest sebesar 20,33. Signifikansi menunjukkan 0,058 ($p > 0,05$) sehingga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara skor pretest dan posttest pada kelompok yang tidak diberikan perlakuan atau kelompok kontrol.

Selanjutnya, dilakukan hasil uji untuk melihat perbedaan kecemasan masing-masing kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan menggunakan uji Anova-post hoc tes.-tukey, adalah sebagai berikut :

Tabel 3. Uji Hipotesis Perbedaan Antar Kelompok

Murottal	**Kelompok**	**Kecemasan**		
		Mean	**Standar Error**	**Sig**
Es n Ks	Eksperimen$_1$ / Kontrol$_1$	16,83	2,133	0,00
Ek n Kk	Eksperimen$_2$ / Kontrol$_2$	13,50	2,133	0,00
Es n Ek	Eksperimen$_1$ / Eksperimen$_2$	4,16	2,133	,239
Ks n Kk	Kontrol$_1$ / Kontrol$_2$	,833	2,133	,979

Keterangan:

E_s : Eksperimen lansia tinggal sendiri
K_s : Kontrol lansia tinggal sendiri
E_k : Eksperimen lansia tinggal dengan keluarga
K_k : Kontrol lansia tinggal dengan keluarga

Dari hasil uji hipotesis di atas dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang` signifikan pada penurunan kecemasan lansia yang tinggal sendiri antara kelompok

eksperimen lansia tinggal sendiri dan kelompok kontrol sebesar 16,83. Sehingga dapat disimpulkan bahwa intervensi *murottal* signifikan mempengaruhi penurunan kecemasan lansia yang tinggal sendiri. Secara keseluruhan analisis data menunjukkan bahwa intervensi dengan *murottal* sebagai terapi religi mampu menurunkan kecemasan pada lansia baik yang tinggal sendiri ataupun tinggal dengan keluarga pada kelompok eksperimen yang mendapatkan intervensi.

PEMBAHASAN

Hasil analisis data menunjukkan bahwa *murottal* sebagai terapi religi dapat menurunkan kecemasan pada kelompok eksperimen baik lansia yang tinggal sendiri maupun tinggal dengan keluarga. Hasil ini dapat dilihat dari penurunan skor kecemasan pada kelompok eksperimen saat *pretest* dan *posttest*. Dimana hasil menunjukan bahwa penurunan kecemasan pada lansia rata-ratanya lebih tinggi pada kelompok eksperimen lansia yang tinggal sendiri dibandingkan dengan yang tinggal bersama keluarga.

Tidak adanya perubahan kecemasan pada kelompok kontrol karena memang tidak ada perlakuan seperti yang dilakukan pada kelompok eksperimen. Kecemasan yang terjadi pada lansia yang menjadi subjek penelitian sebagian besar ditandai dengan respon afektif dan kognitif seperti perasaan gelisah atau khawatir yang berlebihan serta gangguan untuk tertidur. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi penurunan kecemasan salah satunya motivasi. Motivasi adalah keinginan dari dalam hati sesorang untuk mencapai tujuan. Motivasi yang dimaksudkan disini adalah keinginan dari subjek penelitian untuk mengikuti terapi religi murottal agar sembuh dari kecemasan yang dialaminya.

Alquran mempunyai keunggulan-keunggulan, pembuktian secara fisiologis harmonisasi Alquran yang indah akan menarik telinga dalam bentuk menggetarkan gendang telinga, mengguncangkan cairan di dalam telinga serta menggetarkan sel-sel rambut didalam coglea untuk selanjutnya melalui kokleris menuju otak yang dapat menciptakan keindahan diotak kanan dan memberikan dampak berupa ketenangan otak kiri. Selanjutnya menciptakan rangsangan hipotalamus untuk menurunkan produksi CRF (Cortikotropin Releasing Factor). CRF akan merangsang kelenjar pituitary anterior unuk menurunkan ACTH (Ademo Cortico Tropic Hormon) dan

menstimuli produksi endorphin yang akan membuat rileks. Penurunan ACTH dan peningkatan endorphin juga menurunkan tahanan perifer dan cardiac output sehingga tekanan darah menurun (Valentino & Bockstaele, 2009). Pada pengukuran dengan EEG (Electroenchephalography) yang menghasilkan rekaman aktifitas listrik otak/ Electrochephalogram yang berisi informasi tentang kondisi otak juga membuktikan bahwa perbedaan aktifitas otak menyebabkan perbedaan karakteristik EEG (Mantri, Dukare, Yeole, Patil, 2013). Dimana aktifitas otak menurun bila mendengarkan murottal Alquran, namun alpha powernya meningkat (Abdullah, 2014; Jalaudin, Kamal, & Amin, 2019; Mantri, Dukare, Yeole, Patil, 2013; Shekha, Hassan & Othman, 2013). Hal ini menunjukkan bahwa mendengarkan bacaan Alquran/murottal adalah terapi religi yang berguna untuk menghasilkan pemikiran yang sehat dan membuat bahagia (Jalaudin, Kamal, & Amin, 2019) serta dapat menurunkan kecemasan (Frih et al., 2017; Hamidiyanti & Pratiwi, 2019; Shekha, Hassan & Othman, 2013).

Dalam beberapa ayat, Alquran telah disebutkan sebagai penyembuh, dikenal sebagai penyembuh jantung (Asra;82) dan sumber bimbingan dan penyembuhan (Yunus; 57). Alquran adalah cahaya di mana tidak ada kegelapan seperti musim semi yang meremajakan hati, sumber pengetahuan, sumber kebenaran dan sungai keadilan (Sadeghi, 2011). Alquran adalah tuntunan yang dapat membuat ketenangan hati, dan memberi manusia jaminan kepada manusia kenyamanan serta membuatnya jauh dari kekhawatiran, kecemasan dan depresi (Nayef et al., 2018) sehingga mendukung kesehatan mental (Mahjoob, Nejati, & Bakhshani, 2014)

Pada beberapa penelitian disebutkan bahwa mendengarkan pembacaan Alquran akan menambah efek menguntungkan secara fisiologis pada sampel orang dewasa muslim lanjut usia yang menjalani pengobatan. Hasil menunjukkan bahwa mendengarkan pembacaan Alqur'an selama sesi dapat merasakan manfaat efek fisiologis yang dicapai melalui dua mekanisme. Salah satunya adalah melalui makna Alqur'an bagi mereka yang memahaminya, bahkan jika itu disampaikan melalui terjemahan kepada mereka yang tidak mengerti teks Arab. Mekanisme lainnya adalah melalui bunyi kata-kata Alquran sebagai terapi bunyi bagi yang tidak paham maknanya. Penelitian lain menunjukkan bahwa mendengarkan Alquran dapat

mengurangi kecemasan, depresi dan stres yang mengakibatkan tubuh dapat siap menerima penyakit fisik atau mental (Sadeghi, 2011).

Penelitian Dr. Al Qadhi dalam laporan yang disampaikan dalam Konferensi Kodekteran Islam Amerika Utara pada tahun 1984 disebutkan, Alquran terbukti mampu mendatangkan ketenangan sampai 97% bagi mereka yang mendengarkannya. Kesimpulan hasil uji coba tersebut diperkuat lagi oleh penelitian Muhammad Salim yang dipublikasikan di Boston. Objek penelitiannya terhadap 5 orang sukarelawan yang terdiri dari 3 pria dan 2 wanita. Kelima orang tersebut sama sekali tidak mengerti bahasa Arab dan mereka pun tidak diberi tahu bahwa yang akan diperdengarkannya adalah Alquran (Julianto, Dzulqaidah, & Salsabila, 2014).

Di berbagai bagian Alquran disebutkan mendengarkan Alquran dapat mengurangi kecemasan. Alqur'an merupakan penyembuhan dan rahmat bagi mereka yang beriman, bagi yang tidak adil itu tidak menyebabkan apa-apa selain kerugian setelah kehilangan (Al-Isra: 82). Alquran tidak hanya dapat melindungi manusia dari penyakit mental tetapi juga dapat menjauhkan kita agar menjahuinya dan kita tidak mendekatinya. Demikian juga akan membuat hati kita tenang, terus mengingat Alloh sehingga dapat membantu orang untuk mengatasi stres emosional dan mengurangi kecemasan mereka (Nayef et al., 2018). Secara psikologis mendengarkan Alquran juga akan meningkatkan rasa percaya diri, rasa optimisme, merasakan ketenangan, damai dan merasasakan dekat dengan Alloh (Kandayani et al., 2014).

Selain hal itu bahwa individu yang religius (dalam arti benar-benar menginternalisasikan kepercayaan-kepercayaan agama mereka dan hidup dengan aturan agama secara tulus dan ikhlas), dapat menyesuaikan diri dengan baik dan jarang mengalami kecemasan. Religiusitas dapat digunakan untuk menunjukan lebih dari kekuatan manusia yang dibutuhkan seseorang untuk merespon dengan cara tertentu untuk menghindari beberapa konsekuensi yang mengkhawatirkan (Francis & Site, 2004). Religiusitas ditemukan memiliki korelasi negatif yang signifikan dengan kecemasan (Basri, Hong, Oon, 2015; Uktia & Iredho, 2016). Disini Aspek spiritual yang terpenuhi menumbuhkan sikap yang positif sehingga dapat mereduksi atau menurunkan kecemasan pada lansia. Partisipasi dalam agama dan spiritual berkaitan dengan kesehatan yang lebih baik, peningkatan harapan hidup, berkurang penyakit kardiovaskular, dan pengurangan risiko depresi, kecemasan, penyalahgunaan zat dan

bunuh diri, kemampuan yang lebih baik untuk beradaptasi dan meningkatkan kualitas hidup (Zeinali, Pour, Fattahi, Kalani, & Fattahi, 2014)

Dengan demikian *murottal* sebagai terapi religi dapat menghasilkan hasil yang signifikan selain terhadap penurunan kecemasan, penyakit fisik, psikologis dan sosial. Adapun pembacaan Alquran biasanya dilakukan dengan berbagai tarannum atau lagu/melodi karena mendengarkan suara pelafalan Alquran yang merdu bisa berfungsi sebagai penangkal atau tabib untuk kecemasan (Tumiran et al., 2013).

Penelitian ini memiliki kekurangan dan keterbatasan yaitu belum dilakukannya *follow-up*. Penelitian ini juga lebih mendasarkan pada hasil secara kuantitatif dan kurang mendeskripsikan secara sistematis hasil secara kualitatif karena pertimbangan waktu penelitian. Selain itu *murottal* sebagai terapi religi hanya bermanfaat dalam jangka pendek serta pengambilan tehnik untuk subjek penelitiannya tidak menggunakan *random asigment*.

SIMPULAN DAN IMPLIKASI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi *murrotal* sebagai terapi religi mampu mereduksi kecemasan pada lansia, baik lansia yang tinggal sendiri ataupun tinggal bersama keluarga. Terutama pada lansia yang tinggal sendiri yang mengalami kecemasan lebih tinggi mengalami penurunan kecemasan yang tinggi pula.

Dengan adanya penurunan kecemasan pada lansia diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pada lansia. Rekomendasi untuk penelitian selanjutnya adalah mencoba menggunakan intervensi terapi religi secara individual untuk mengetahui perbedaan hasilnya serta dapat dilakukan pada subjek lansia dengan karakteristik yang berbeda. Misalnya pada lansia yang tinggal sendiri dengan kriteria yang lebih khusus, dengan karakteristik lansia yang tinggal sendiri dan hidup sebatang kara atau menderita penyakit kronis.

Saran yang dapat diberikan kepada subjek penelitian diharapkan menerapkan proses terapi religi yaitu mendengarkan *murotta*l secara rutin dan intensif ketika dirumah agar lebih tenang dan tidak mengalami kecemasan berlebihan. Serta diharapkan untuk peneliti selanjutnya menggunakan tehnik pengambilan sampel yang lain misal: *random assigment.*

DAFTAR PUSTAKA

Abdullah, A. A. (2014). The Effect of Temporal EEG Signals While Listening to Quran Recitation. In *The International Conference on Advanced Science, Engineering and Information Technology 2011* (pp. 372–375). https://doi.org/10.18517/ijaseit.1.4.77

Ari, Sri, & Rin. (2011). *Hubungan Antara Religiusitas Dan Dukungan Sosial Dengan Kecemasan Menghadapi Tutup Usia Pada Usia Lanjut Kelurahan Jebres Surakarta*. Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Aini, N. (2018). *Pengaruh Terapi Audio Murottal AlQuran*. Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya.

American Psychiatrric Association. (2013)). *Diagnostic and statistial manual* (5th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Publishing

Andreescu, C., & Varon, D. (2015). New Research on Anxiety Disorders in the Elderly and an Update on Evidence-Based Treatments. *Current Psychiatry Reports*, *17*(7). https://doi.org/10.1007/s11920-015-0595-8

Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., Page, A., … Lampe, L. (2003). *The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals Second Edition* (Second Edi). cambridge university press.

Andri, Dewi, P. (2007). Anxiety Theory Based On Classic Psychoanalitic and Types of Defense Mechanism To Anxiety. *Majalah Kedokteran Indonesia*, *Volum: 57,*(Juli 2007), 233–239.

Arstlantas, H., Adana, F., & Ergin, F. (2015). Loneliness in Elderly People , Associated Factors and Its Correla- tion with Quality of Life : A Field Study from Western Turkey. *Iranian Journal of Public Health ·*, *44*(June), 42–50.

Askari, M., Mohammadi, H., Radmehr, H., & Jahangir, A. H. (2018). The effect of spiritual – religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. *Journal of Research on Religion & Healt*, *4*(2), 29–41.

Azizi, S. A. (2009). Brain to music to brain*: Neuroscience Letters, 459(1), 1–2.* doi:10.1016/j.neulet.2009.04.038

Basri, N. B., Hong, G. C., Oon, N. L., & Kumagai, S. (2015). Islamic religiosity, depression and anxiety among muslim cancer patients. IAFOR *Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, 1(1) 1-12. doi: 10.22492/ijpbs.1.1.04

Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, *43*(5), 897–910. https://doi.org/10.1017/S003329171200147X

Brenes, G. A., Guralnik, J. M., Williamson, J. D., Fried, L. P., Simpson, C., Simonsick, E. M., & Penninx, B. W. J. H. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(1), 34–39. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53007.x

Brown, C., & Lowis, M. J. (2003). Psychosocial development in the elderly: An

investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies*, *17*(4), 415–426. https://doi.org/10.1016/S0890-4065(03)00061-6

Campbell, Don. 2001. "*Efek Mozart, Memanfaatkan Kekuatan Musik untuk Mempertajam Pikiran, Meningkatkan Kreativitas, dan Menyehatkan Tubuh*". Penerjemah T. Hermaya, Cetakan I Januari, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. ju, Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *25*(4), 380–388. https://doi.org/10.1002/gps.2350

Day, P. (2018). Treatment of anxiety in elderly housebound patients, *32*, 52–55.

Dugue, M., & Neugroschl, J. (2002). Anxiety disorders. Helping patients regain stability and calm. *Geriatrics*, *57*(8), 27–31. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201227

Facca, A., & Sanchez-ramos, J. (1996). References 1., *I*(3), 1–3.

Fauzia Laili, E. W. (n.d.). The Influence Of Combination Murottal Holy Qur'an And Deep Breath Relaxation To Face Anxiety A Labor. In *"Interdiciplinary Innovation And Intervention In Health To Achieve The Suistinable Development Goal (Sdg)"* (Vol. 1-8–2017, pp. 90–94).

Francis, L. J., & Site, N. (2004). The Relationship Between Religion And Anxiety : A Study Among Anglican Clergymen And, *32*(2), 137–142.

Frih, B., Mkacher, W., Bouzguenda, A., Jaafar, H., Ali, S., & Ben, Z. (2017). Effects of listening to Holy Qur ' an recitation and physical training on dialysis efficacy , functional capacity , and psychosocial outcomes in elderly patients undergoing haemodialys ... Effects of listening to Holy Qur ' an recitation and physical trai. *Libyan Journal of Medicine*, *12*(September). https://doi.org/10.1080/19932820.2017.1372032

Fuentes, K., & Cox, B. (2000). Assessment of anxiety in older adults: A community-based survey and comparison with younger adults. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(3), 297–309. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00067-4

Gray, J. A., & Mcnaughton, N. (2003). *The Neuropsychology of Anxiety*. (M. Mackintosh, Ed.). New york: Oxford University Press.

Guyton A.C. and J.E. Hall 2007. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 9. Jakarta: EGC. 74,76, 80-81, 244, 248, 606,636,1070,1340.

Hamidiyanti, & Pratiwi. (2019). Effect of Listening to the Quran on Anxiety Level in Primipara. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, *6*(1), 52–56.

Hanurawan, F. (2016) *Metode Penelitian Kualitatif untuk ilmu psikolo*gi, (Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.

Hanser, S. B., & Thompson, L. W. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *Journals of Gerontology*, *49*(6). https://doi.org/10.1093/geronj/49.6.P265

Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling. *White Paper*, 1–39. https://doi.org/978-1-60918-230-4

Http://www.jendelasastra.com/wawasan/artikel/gangguan-kecemasan-anxiety-disorder-dalam-islam-dan-psikologi-generel-anxiety-disord

Jalaudin, N., Kamal, M., & Amin, M. (2019). Electroencephalography (EEG) analysis on human reflection towards relaxation of mind, *15*(2), 185–189.

Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiter, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *Journal of Affective Disorders*, *83*(2–3), 135–142. https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.001

Julianto, V., Dzulqaidah, R. P., & Salsabila, S. N. (2014). Pengaruh mendengarkan murattal al quran terhadap peningkatan kemampuan konsentrasi. *Psympathic, Jurnal Ilmiah Psikologi*, *1*(2), 120–129.

Kandayani, R., Fajarsari, D., Asih, D,. Rohmah, D. (2014). Pengaruh Terapi Murottal alquran untuk penurunan nyeri Persalinan Dan kecemasan Pada Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif. *Jurnal Kebidanan*, *Vol 5*, 1–15.

Keller, J., Heller, W., Keller, J., Nitschke, J. B., Deldin, P. J., Gergen, J. A., Heller, W. (2000). Neuropsychological differentiation of depression and anxiety Neuropsychological Differentiation of Depression and Anxiety, (May 2014). https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.1.3

Kemenkes. (2018). Populasi lansia diperkirakan terus meningkat hingga tahun 2020, (021), 2–3.

Kemenkes RI. (2017). Analisis lansia di Indonesia. *Pusat Data Dan Informasi*, 1–2. Retrieved from www.depkes.go.id/download.php?file=download/.../infodatin lansia 2016.pdf%0A

Kerlinger. (2006). Asas–Asas Penelitian Behaviour. Edisi 3, Cetakan 7. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593–602. https://doi.org/62/6/593 [pii]\r10.1001/archpsyc.62.6.593

Knight, B. G., & Durbin, K. (2015). Aging and the effects of emotion on cognition: Implications for psychological interventions for depression and anxiety. *PsyCh Journal*, *4*(1), 11–19. https://doi.org/10.1002/pchj.84

Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. Journal of Clinical Psychology, 66(4), 430–441. https://doi.org/10.1002/jclp.20663

Kwak, Y. T., Yang, Y., & Koo, M.-S. (2017). Anxiety in Dementia. *Dementia and Neurocognitive Disorders*, *16*(2), 33. https://doi.org/10.12779/dnd.2017.16.2.33

Laidlaw, K., Kishita, N., & Chellingsworth, M. (2016). CBT with older people, 108. Retrieved from https://www.uea.ac.uk/documents/246046/8314842/FINAL+VERSION+CBT+WITH+OLDER+PEOPLE.pdf/542cb385-aa69-4df3-906d-c72363f36046

Laili, F., & Nida, K. (2014). Zikir Sebagai Psikoterapi Dalam Gangguan Kecemasan Bagi Lansia. *Jurnal Bimbingan Konseling Islam*, *5*(1), 133–150.

Latipun. 2002. Psikologi Eksperimen. Malang: UMM Press.

Le Roux, H., Gatz, M., & Wetherell, J. L. (2005). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*(1), 23–30. https://doi.org/10.1097/00019442-200501000-00005

Leon, A. C., Portera, L., and Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. British Journal of Psychiatry, 166, (Suppl. 27), 19–22.

Lim, L. L., & Kua, E. H. (2011). Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, *2011*. https://doi.org/10.1155/2011/673181

Mahfur, Mulyadi & Hidayah, (2006) Kecemasan Dan Psikoterapi Islam (Model Psikoterapi Al-Qur'an dalam Menanggulangi Kecemasan Santri Lembaga Tinggi Pesantren Luhur dan Pondok Pesantren Baiturrahmah di Kota Malang). *Jurnal el-Qudwah: Kecemasan dan psikoterapi islam*.

Mahjoob, M., Nejati, J., & Bakhshani, N. M. (2014). Hosseini & Noor Mohammad Bakhshani, (August 2015). https://doi.org/10.1007/s10943-014-9821-7

Mantri, Dukare, Yeole, Patil, W. (2013). A Survey : Fundamental of EEG. *International Journal of Advance Research in Computet Science and Management Studies*, *1*(4), 83–89.

Mar'ati, C. (2016). Pengaruh Pembacaan dan Pemaknaan Ayat-ayat al-Qur ' an terhadap Penurunan Kecemasan pada Santriwati. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi*, *1*(1), 30–48.

Martin, E. I., & Ressler, K. (2009). The Neurobiology of Anxiet y Disorders : Brain I maging , Genetics , a nd Psychoneuro endo crinology. *Psychiatry Clin Research*, *32*, 549–575. https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.05.004

Masters, W.H., Johnson V.E., & Kolodny R.C. 1992. Human Sexuality. 4th ed. New York : Harper Collins Publisher

Maxwell, J.A. (2012). *Qualitative reseach design: An interactive approach* (vol. 41). Sage publications

Mueller, A. E. (2014). Psychometric properties of the geriatric anxiety scale in community-dwelling, clinical, and medical samples of older adults. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *74*(11–B(E)), No--Specified. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS%7B&%7DPAGE=reference%7B&%7DD=psyc11%7B&%7DNEWS=N%7B&%7DAN=2014-99100-112

Nakhavali, F. (2013). A Research on " Rhythm & Music " in the Qur ' an.

International Journal of Linguistics, *5*(3). https://doi.org/10.5296/ijl.v5i3.3898

Nasrudin. (2018). *Gangguan Kecemasan dalam Perspektif Alquran*. Universitas Islam Negeri Sunan Ampel.

Nayef, E. G., Nubli, M., Wahab, A., Nayef, E. G., Nubli, M., & Wahab, A. (2018). The Effect of Recitation Quran on the Human Emotions The Effect of Recitation Quran on the Human Emotions, *8*(2), 50–70. https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v8-i2/3852

Nevid, J.S. (2005) *Psikologi Abnormal.* 5 th edn, Jilid Pertama. Jakarta: Erlangga.

Nilsson, U., & Institutet, K. (2017). The Anxiety- and Pain-Reducing Effects of Music Interventions : OF IN. *Aorn*, *87*(May 2008), 1–24. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.09.013

Notosoedirjo, N., & Latipun, (2002) *Kesehatan Mental (Konsep Penerapannya*), UMM Press, Malang,

Okkonen, E., & Vanhanen, H. (2006). Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, *35*(4), 234–244. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2005.11.002

Patnani, M. (2015). Kebahagiaan pada perempuan. *Pusat Penelitian Dan Penerbitan Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi*, *1*(1), 56–64. Retrieved from http://academicjournal.yarsi.ac.id/ojs-2.4.6/index.php/Jurnal-Online-Psikogenesis/article/view/36

Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., … Wang, Z. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. *The Lancet*, *373*(9680), 2041–2053. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60660-7

Pudjono, M. (1995). Dasar-dasar fisiologi emosi. *Buletin Psikologi*, *Tahun III,* 41–48. Retrieved from issn: 0854-7168

Rahmi. (2015). Gambaran Tingkat Kesepian pada Lansia di Panti Tresna Werdha Pandaan. *Seminar Psikologi & Kemanusiaan*, (1993), 257–261.

Rajaei, A. R. (2010). Religious cognitive-emotional therapy: A new form of psychotherapy. Iranian Journal of Psychiatry, 5(3), 81.

Rapee, R. M. (2012). Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*(1), 69–80. https://doi.org/10.1007/s10567-011-0106-3

Rosita. (2012). Stressor Sosial Biologi Lansia Panti Werdha Usia dan Lansia Tinggal Bersama Keluarga. *Bio Kultur*, *1*(1), 43–52.

Reynolds, K., Pietrzak, R. H., El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., & Sareen, J. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in U. S. older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry*, *14*(February), 74–81. https://doi.org/10.1002/wps.20193

Ryan, M. (2010). Therapeutic Effect of Music Therapy on Anxiety and Quality of

Life for Chronically Ill Adults with Mental Illness, (December).

Sadeghi, H. (2011). Voice of Quran and health : A review of performed studies in Iran, *1*(1), 4–7.

Sayadmansour, A. (2014). Neurotheology: The relationship between brain and religion. *Iranian Journal of Neurology*, *13*(1), 52–55. Retrieved from http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3968360&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

Segal, D. L., June, A., Payne, M., Coolidge, F. L., & Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(7), 709–714. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.002

Segal, Q. & S. (2018). *Aging and mental health*. (J. E. Birren, Ed.), *The Merck Manual of Geriatrics* (third edit). india: Blackwell.

Shekha ; Hassan & Othman. (2013). Effect of Quran Listening and music on electroencephalogram brain waves. *The Egyptian Society of Experimental Biology*, *9*(1), 119–121.

Stuart, G. W., Sundeen, JS. (1998). Keperawatan jiwa (Terjemahan), alih bahasa: Achir Yani edisi III. Jakarta : EGC

Sujianto, A. E.,(2009). Aplikasi *Statistik dengan SPSS 16.0.* Jakarta : PT. Prestasi Pustaka

Sukaca, A, (2017) T*he 9 Golden Habit For Brighter Muslim* (Republish). Yogyakarta. Bentang Pustaka

Sung, H. C., Chang, A. M., & Lee, W. L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(7–8), 1056–1064. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x

Sung, H. C., Lee, W. L., Li, T. L., & Watson, R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(6), 621–627. https://doi.org/10.1002/gps.2761

Tak, G. S., Maheshwari, S. K., & Kaur, M. (2016). Effectiveness of progressive muscle relaxation technique on anxiety among elderly. *International Journal of Therapeutic Applications*, *32*, 48–54.

Thayyarah, N. (2014) *Buku Pintar Sains Dalam Alquran*. Jakarta

Tumiran, M. A., Mohamad, S. P., & Saat, R. M. (2013). Addressing sleep disorder of autistic children with Qur ' anic sound therapy, (August). https://doi.org/10.4236/Health.2013.58a2011

Turner, S. M. (1984). *Behavioral Theories and Treatment of Anxiety*. New york and london: Plenum Press.

Uktia, Iredho, Z. (2016). Hubungan antara Religiusitas Dengan Kecemasan Akademik Pada Siswa Madrasah Aliyah Negeri. *Psikis-Jurnal Psikologi Islami*,

2, 149–160.

Urin, D., (2018). Terapi Akupresur Dan Murottal Al-Quran Terhadap Intensitas Nyeri Dan Endorphin Urin (Therapy Acupressure And Murottal Al-Quran On The Pain Intensity And Endorphin Urine), *2*(1), 1–11.

Uyun, Q., Kurniawan, I. N., & Jaufalaily, N. (2019). Repentance and seeking forgiveness : the effects of spiritual therapy based on Islamic tenets to improve mental health, *4676*(May). https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1514593

Valentino, R. J., & Bockstaele, E. Van. (2009). adaptive Response to Stress, *583*, 194–203.

Van Hout, H. P., Beekman, A. T., de Beurs, E., Comijs, H., van Marwijk, H., de Haan, M., … Deeg, D. J. (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. *Br J Psychiatry*, *185*, 399–404. https://doi.org/10.1192/bjp.185.5.399

Videbeck, Sheila L,. (2008). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.

Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, *106*(1–2), 29–44. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005

Wang, J., Chen, Y., Tan, C., & Zhao, X. (2016). Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, *62*(1), 5–11. https://doi.org/10.1177/0020764015584649

Way, T. (2016). Beyond the God Spot: Transcendence and the Brain, (December).

Wetherell, J. L., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S., Jeste, D. V., & Gatz, M. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: A preliminary investigation. *Journal of Psychiatric Research*, *38*(3), 305–312. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.09.003

WHO, & Organization, W. H. (2004). The world health organization quality of life (WHOQOL)-bref. *World Health Organization*, 5. https://doi.org/10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201313

Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, *27*(2), 190–211. https://doi.org/10.1002/da.20653

Wu, J. C., Buchsbaum, M. S., Hershey, T. G., Hazlett, E., Sicotte, N., & Johnson, J. C. (1991). PET in Generalized Anxiety Disorder. *Society of Biologi Psychiatry*, *Volume 29*(Issue 12), 1181–1198. https://doi.org/DOI: https://doi.org/10.1016/0006-3223(91)90326-H

Wuryaningsih, E. W., Anwar, A. D., Wijaya, D., & Kurniyawan, E. H. (2015). Murottal al-quran therapy to increase sleep quality in nursing students, 7–14.

Zeinali, A., Pour, H. F., Fattahi, M., Kalani, L. K., & Fattahi, M. (2014). The Effect of Quranic Mentality Program on Mental Health of Students of Urmia University of Medial Sciences (Ramadan 2012), *1*(4). https://doi.org/10.5812/ilch.15519

LAMPIRAN

HASIL PELAKSANAAN TERAPI *MUROTTAL*

WAKTU PELAKSANAAN:

Hari : Jumat –Kamis (7 hari)

Tanggal : 22- 28Nopember 2019

Waktu : 45-60 Menit per sesi

Rincian kegiatan terapi murottal					
No	Waktu	Pukul	Kegiatan	Tempat	Keterangan
1	Jumat, 22 Nopember 2019	09.00-09.45	Perkenalan dan informent concent	Masjid	Sesi 1
2	Sabtu, 23 Nopember 2019	09.00-09.45	Pra terapi murotal. Penulisan daftar kecemasan	Masjid	Sesi 2
3	Minggu, 24 Nopember 2019	09.00-10.00	Terapi murottal	Masjid	Sesi 3
4	Senin, 25 Nopember 2019	09.00-10.00	Terapi murrotal	Masjid	Sesi 4
5	Selasa, 26 Nopember 2019	16.00-17.00	Terapi murottal	Masjid	Sesi 5
6	Rabu, 27 Nopember 2019	09.00-10.00	Terapi murrotal	Masjid	Sesi 6
7	Kamis, 28 Nopember 2019	09.00-09.45	Evaluasi	Masjid	Sesi 7

DESKRIPSI SUBJEK PENELITIAN

Karakteristiknya	N	Presentase (N)
Umur		
Kriteria menurut WHO		
(middle age) antara usia 45-59 tahun	0	0
(elderly) antara usia 60 - 74 tahun	16	66,67
(old) antara usia 75 - 90 tahun	8	33.33
(very old) > usia 90 tahun	0	0
Jenis kelamin		
Laki-laki	7	29,16
Perempuan	17	70,83
Status		
Menikah	7	30181
Janda / duda	15	68,18
Bekerja/ masih produktif		
Bekerja	14	58,33
Tidak bekerja	7	2,91
Ibu Rumah Tangga	3	1,25

IDENTITAS SUBJEK

No	Nama	Usia	Jenis kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Status	Keterangan
1	SR	77	P	SD	Ibu rumah tangga	Janda	Tinggal sendiri
2	YS	61	P	SD	Pensiunan	Janda	Tinggal sendiri
3	TK	80	P	SD	Tani	Janda	Tinggal sendiri
4	PN	82	P	SD	Buruh tani	Janda	Tinggal sendiri
5	TY	90	L	-	Tidak bekerja	Duda	Tinggal sendiri
6	WG	77	P	SD	Serabutan	Janda	Tinggal sendiri
7	KS	78	L	SMP	Tidak bekerja	Duda	Dengan keluarga
8	DM	72	P	SMA	Ibu rumahtangga	Menikah	Dengan keluarga
9	BD	85	L	SD	Tidak bekerja	Menikah	Dengan keluarga
10	MA	75	L	-	Tidak bekerja	Duda	Dengan keluarga
11	TT	62	P	SMP	Ibu rumahtangga	Menikah	Dengan keluarga
12	PT	75	P	SD	Petani	Menikah	Dengan keluarga
13	SR	77	P	-	Tidak bekerja	Janda	Tinggal sendiri
14	MS	64	L	SD	Serabutan	Menikah	Tinggal sendiri
15	SK	70	P	SD	Serabutan	Janda	Tinggal sendiri
16	WR	71	L	SD	Buruh tani	Duda	Tinggal sendiri
17	KS	60	P	SD	Tidak bekerja	Janda	Tinggal sendiri
18	LS	71	P	-	Buruh tani	Janda	Tinggal sendiri
19	RT	66	P	-	Tidak bekerja	Janda	Dengan keluarga
20	PO	64	P	SD	Serabutan	Janda	Dengan keluarga
21	Mm	80	P	-	Serabutan	Janda	Dengan keluarga
22	KR	64	L	SD	Petani	Menikah	Dengan kelurga
23	SP	66	P	SD	Serabutan	Janda	Dengan keluarga
24	GT	65	P	SD	Warung kopi	menikah	Dengan keluarga

TAHAP 1 dan 2 : PERKENALAN & KONTRAK TERAPI

Waktu: jumat, 22 Nopember 2019

Pukul: 09.00-09.45

Pada tahap pertama dan kedua ini dimulai dengan melakukan perkenalan dan menjalin hubungan yang baik dengan subjek, memberikan penjelasan tentang prosedur pelaksanaan terapi dan pemberian kontrak terapi dan persetujuan melalui *informed consent* yang diberikan pada subjek. Kegiatan selanjutnya adalah melakukan pengukuran awal untuk mengetahui tingkat kecemasan subjek pra intervensi. Berikut ini rincian program tahap 1 dan 2 (Sesi 1). Pada tahap ini keseluruhan subjek sesuai dengan target subjek dan terapis menjalin hubungan terapeutik serta dapat membangun kepercayaan dan empati. Subjek dan terapis memahami tujuan dari terapi yang akan diberikan dan mendapatkan pengetahuan dan pemahaman baru terkait dengan terapi yang akan diberikan.Kesulitan yang dihadapai adalah beberapa subjek nampak kesulitan dalam membuat ttd di form informent concent

TAHAP 3 : Pra *TERAPI MUROTAL*

Waktu: Sabtu, 23 nopember 2019

Pukul: 09.00-09.45

Tahap ketiga yaitu *terapi murotal* dimana subjek diberi tugas untuk mendengarkan murotal al-quran dan murotal zikir oleh terapis. Kemudian terapis memberi penjelasan secara garis besar atas makna yang terkandung dalam Qs ar-Rahman dan al-Fajr. Subjek diminta untuk menuliskan hal-hal yang membuat subjek cemas. Tahapan ini masuk dalam sesi 2.

Hasil:

Keseluruhan subjek masing-masing dapat memahami penjelasan terapis
Setelah dijelaskan oleh terapis, subjek dapat pengetahuan baru tentang keutamaan yang terdaoat dalam surat Qs ar rahman dan al-fajr
Keseluruhan subjek mengungkapkan hal-hal yang dapat membuat subjek cemas dengan menceritakan kepada terapis, kemudian terapis menuliskannya di selembar kertas.

BERIKUT DAFTAR KECEMASAN YANG DIKEMUKAKAN SUBJEK

Lansia Tinggal Sendiri			SUDs	
No	**Nama**	**Kecemasan Yang Dialami Subjek**	**Pre**	**Post**
1.	SP	Subjek mengeluhkan mengalami kecemasan karena suaminya yang kejam suka memukul subjek dan anal-anaknya kemudian meninggalkannya sejak anak-anak masih kecil. Setelah berpuluh-puluh tahun meninggalnya setahun belakangan ini kembali lagi dan tinggal didekat rumahnya.	9	4
2.	YS	Subjek memikirkan anaknya yang berusia 30 th namun mengalami keterbelakangan mental yang sekarang tinggal bersama anak sulungnya dan subjek mengkhawatirkan bagaimana masa depannya nanti bila subjek sudah meninggal dan tidak bisa ikut mengawasi.	9	7
3.	TK	Subjek mengkhawatirkan anak dan cucunya yang berada diluar jawa	7	5
4.	PN	Merasa khawatir nanti masa tuanya bersama siapa n siapa yang akan merawatnya karena tidak punya anak. Sedangkan bila ikut saudara-saudaranya juga hidup dalam sertba kekurangan.	8	6
5.	TY	Subjek mengkhawatirkan tentang kakinya yang sakit semenjak kecelakaan beberapa tahun yang lalu. Sehingga subjek kesulitan untuk berjalan dan persendian kaki kanannya selalu terasa nyeri menyebabkan subjek kesulitan melalukan aktifitas sehari-hari. Sedangkan subjek tinggal sendirian	9	7
6.	WG	1. Mengkhawirkan tentang alergi yang dideritanya 2. Kesulitan ekonomi yang dihadapinya, serta memikirkan anak semata wayangnya yang menopang hidupnya mengalami bangkrut dalam usaha sehingga menyebabkan subjek harus bekerja untuk menopang kehidupan sehari-hari serta teropaksa tinggal sendiri.	9	7

Lansia Tinggal Bersama Keluarga			SUDs	
No	**Nama**	**Kecemasan Yang Dialami Subjek**	**Pre**	**Post**
1.	KS	Subjek mengeluhkan keadaan fisiknya tidak semuda dahulu lagi yang bisa touring kemana-mana dan sekarang bila pergi jauh suka lupa jalan pulang.	9	5
2.	DM	Subjek memikirkan kesehatan yang dialaminya, terutama masalah nyeri pada persendian kaki. Serta anak-anaknya yang anak-anaknya yang berada di luar jawa terutama yang belum berkecukupan.	9	6
3.	BD	Subjek mengkhawatirkan anaknya yang menopang hidupnya sekarang sakit-sakitan.	8	7
4.	MA	Subjek memikirkan ank-anaknya yang bila dinasehati tidak mau menurut. Mis: diminta berhenti dari pekerjaannya dan mencari pekerjaan yang lebih baik dan halal tdk mau menurutinya.	9	6
5.	TT	Subjek mengkhawatirkan tentang persendian kakinya yang sakit akibat jatuh terpeleset beberapa tahun yang lau namun tdk kunjung sembuh,	7	5
6.	PT	Subjek mengalami kecemasan karena suaminya sekarang serong dengan perempuan lain. Diusianya yang sdh senja dan memiliki banyak cucu berselingkuh.. sehingga banyak materi yang dibderikan keselingkuhannya.	7	4

TAHAP 4 : *TERAPI MUROTAL*

Waktu: Sabtu, 6 Desember 2019

Pukul: 09.00-10.00

Tahap keempat yaitu *terapi murotal* dimana subjek diberi tugas untuk mendengarkan murotal al-Quran oleh terapis. Dimana kegiatan dalam tahap ini selama 4 hari berturut-turut (sesi 3- 6)

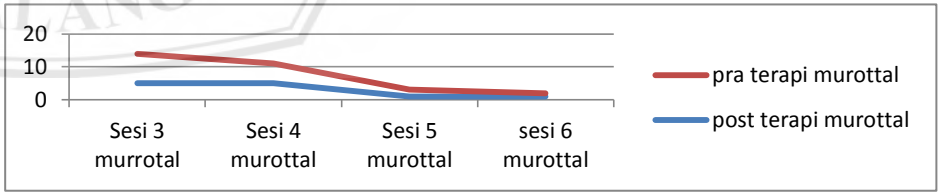
Hasil:

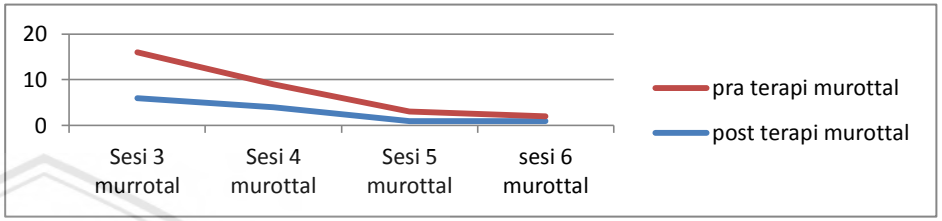
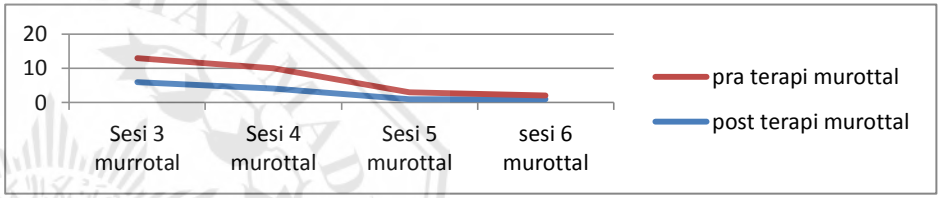
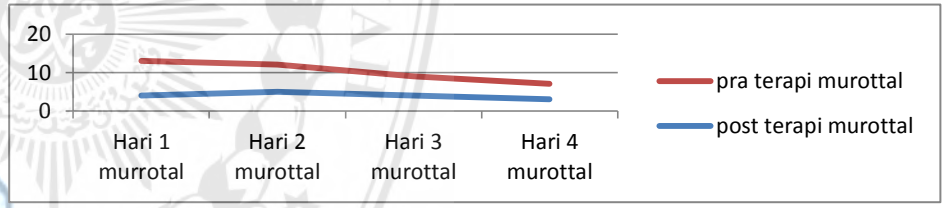
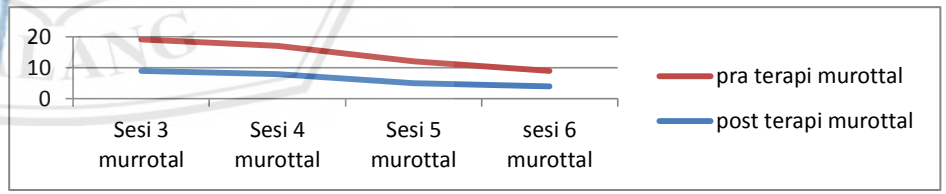
Keseluruhan subjek memahami apa yang harus dilakukan dalam tahapan ini, seperti mendengarkan murottal boleh dengan duduk ataupun berbaring, Dimana sebagian subjek lebih merasa nyaman mendengarkan murotal dengan berbaring.

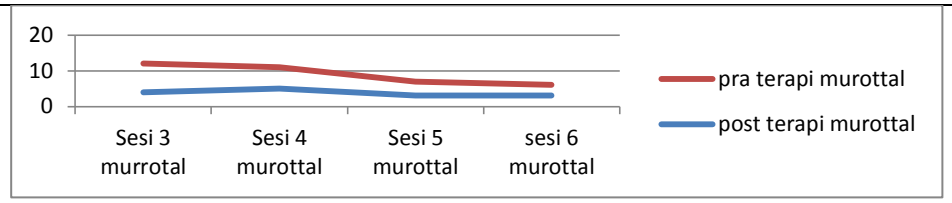
Setelah dijelaskan dengan bahasa yang sederhana, maka keseluruhan subjek dapat menggambarkan kecemasan yang dialaminya dengan simbol angka scalling question kecemasan antara 1-10
Keseluruhan subjek mengikuti pelaksanaan terap dengan khusyuk, setelah melakukan terapi keseluruhan subjek merasakan manfaat terutama setelah pelaksanaan terapi (tahapan murottal) pada hari ke 2 Masing-masng subjek merasakan manfaat terapi dari mendengarkan murrotal dan merasakan bahwa kecemasan yang dialaminya semakin berkurang terutama hal yang menjadi fokus kecemasan yag dituliskan pada tahap pra murottal, Keefektifan semakin nyata pada hari ke 3 tahap murottal Zikir khafi yang dilakukan juga semakin mendukung ketenangan subjek, beberapa subjek mengungkapkan dapat tertidur nyenyak setelah melakuan terapi dan melafadzkan zikir menjelang tidur.

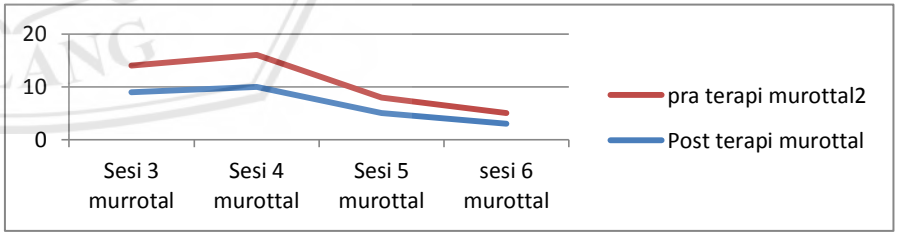
HASIL TERAPI MUROTAL dalam SUDs perhari

A. LANSIA TINGGAL SENDIRI

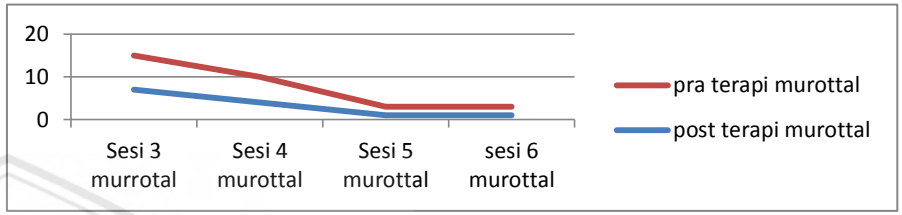
No	Nama	SUDs Pelaksanaan *Murottal*								Gambar grafik pra dan post terapi murottal
		Hari 1 Minggu, 8 Nop 2019 Pukul: 09.00-10.00		Hari 2 Senin, 8 Nop 2019 Pukul: 16.00-17.00		Hari 3 Selasa, 8 Nop 2019 Pukul: 09.00-10.00		Hari 4 Rabu, 8 Nop 2019 Pukul: 09.00-10.00		
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	post	
1	SP	9	5	6	5	2	1	1	1	

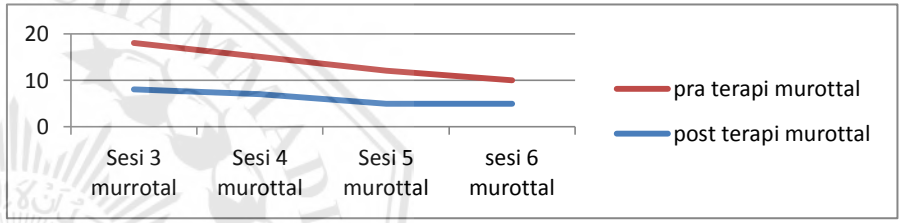
2	YS	10	6	5	4	2	1	1	1	
3	TK	7	6	6	4	2	1	1	1	
4	PN	.9	4	7	5	5	4	4	3	
5	TY	10	9	9	8	7	5	5	4	
6	WG	8	7	6	5	4	3	3	3	

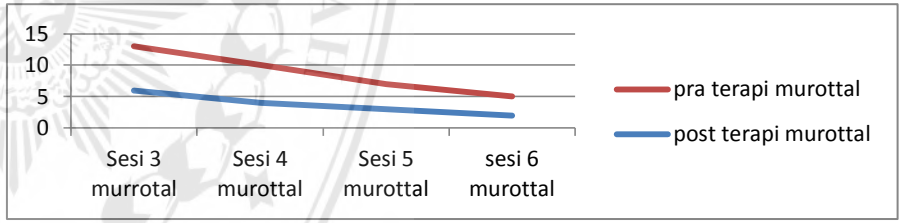
										

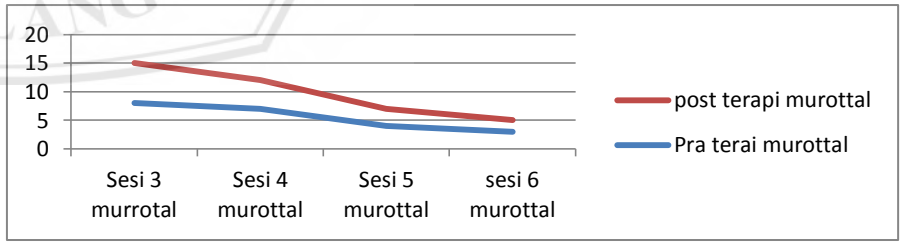
B. LANSIA TINGGAL BERSAMA KELUARGA										
No	**Nama**	**SUDs Pelaksanaan *Murottal***								**Gambar grafik pra dan post terapi murottal**
		Hari 1 Minggu, 8 Nop 2019 Pukul: 09.00-10.00		**Hari 2 Senin, 8 Nop 2019 Pukul: 16.00-17.00**		**Hari 3 Selasa, 8 Nop 2019 Pukul: 09.00-10.00**		**Hari 4 Rabu, 8 Nop 2019 Pukul: 09.00-10.00**		
		Pre	**Post**	**Pre**	**Post**	**Pre**	**Post**	**Pre**	**post**	
1	KS	9	5	10	6	5	3	3	2	

2	DM	8	7	6	4	2	1	2	1	
3	BD	10	8	8	7	7	5	5	5	
4	MA	7	6	6	4	4	3	3	2	
5	TT	8	7	7	5	4	3	3	2	

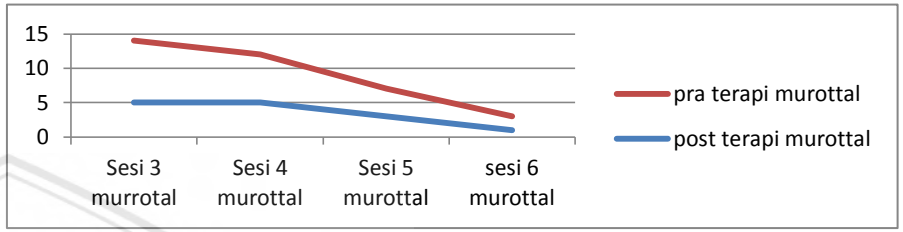








6	PT	9	5	7	5	4	3	2	1	



TAHAP 5 : EVALUASI

Waktu: Sabtu, 6 Desember 2019

Pukul: 09.00-09.45

Tahap keempat merupakan tahapan terakhir dari intervensi. Kegiatan pada tahap ini meliputi evaluasi hasil pasca terapi dengan memberikan skala kecemasan kembali pada subjek. Selain itu, terapis juga menanyakan perubahan apa yang dirasakan pasca mengikuti intervensi. Selanjutnya, terapis mengakhiri sesi terapi. Tahapan ini masuk dalam sesi 7

Hasil:

Keseluruhan subjek merasakan kecemasan yang dialaminya pada saat ini menurun bila diangkakan dengan SUDs Keseluruhan subjek merasakan manfaat dari terapi murottal dan zikir khafi yang di lakukannya
Keseluruhan subjek mengalami penurunan kecemasan akan daftar kecemasan yang dituliskan sebelumnya yang diungkapkan oleh scaling question 1-10.
Keseluruhan subjek mengisi skala kecemasan (GAS) dengan dipandu peneliti.

RANGKUMAN HASIL SELAMA INTERVENSI

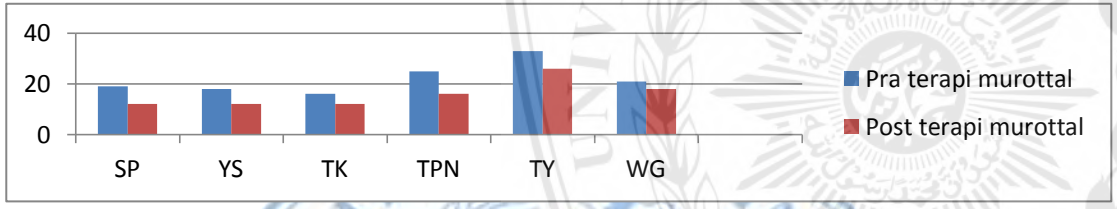
No	Nama	Kecemasan yang dialami subjek				Total SUDs (4 hari terapi murottal)	
		Peryataan		Scalling Question			
		Pra	Post	Pre	Post	Pra	Post
1	SP	Subjek mengeluhkan mengalami kecemasan karena suamunya yang kejam suka memukul subjek dan anal-anaknya kemudian meninggalkannya sejak anak-anak masih	Subjek sudah merasa tenang dan meyakini (sebelumnya subjek tidak meyakini)bahwa suaminya sudah tidak berdaya dan tidak mungkin menyakitunya	9	4	19	12

		kecil. Setelah berpuluh-puluh tahun meninggalnya setahun belakangan ini kembali lagi dan tinggal didekat rumahnya.					
2	YS	Subjek memikirkan anaknya yang berusia 30 th namun mengalami keterbelakangan mental yang sekarang tinggal bersama anak sulungnya. Subjek mengkhawatirkan bagaimana masa depannya nanti bila subjek sudah meninggal dan tidak bisa ikut mengawasi.	Subjek tawakal dan berserah diri atas apayang dialaminya dan mendoakan yang terbaik buat anaknya.Subjek meyakini bahwa saudara-saudaranya anaknyapasti akan menjaga dan saling peduli	9	7	18	12
3	TK	Subjek mengkhawatirkan anak dan cucunya yang berada diluar jawa	Subjek sudah tidak terlalu khawatir dengan mendoakan yang terbaik buat anak dan cucunya	7	5	16	12
4	PN	Merasa khawatir nanti masa tuanya bersama siapa n siapa yang akan merawatnya karena tidak punya anak. Sedangkan bila ikut saudara-saudaranya juga hidup dalam sertba kekurangan.	Subjek tawakal dan berserah diri pada Tuhan. Percaya bahwa Alloh Maha Kaya dan Pengasih	8	6	25	16
5	TY	Subjek mengkhawatirkan tentang kakinya yang sakit semenjak kecelakaan beberapa tahun yang lalu. Sehingga subjek kesulitan untuk berjalan dan persendian kaki kanannya selalu terasa nyeri menyebabkan subjek kesulitan melalukan aktifitas sehari-hari. Sedangkan subjek tinggal sendirian dirumah,	Subjek bertawakal dan berserah diri pada Tuhan. Percaya bahwa yang dialaminya adalah cobaan yang ringan	9	7	33	26
6	WG	1. Mengkhawirkan tentang alergi yang dideritanya 2. Kesulitan ekonomi yang	Subjek bertawakal dan berserah diri pada Tuhan. Segala sesuatunya yang terjadi adalah	9	7	21	18

		dihadapinya, serta memikirkan anak semata wayangnya yang menopang hidupnya jatuh bangkrut sehingga menyebabkan subjek harus bekerja untuk menopang kehidupan sehari-hari serta teropaksa tinggal sendiri.	kehendaknya, baik rezeki yang didapatkannya saat ini				
7	KS	Subjek mengeluhkan keadaan fisiknya tidak semuda dahulu lagi yang bisa toring kemana-mana dan bila pergi jauh suka lupa jalan pulang tidak w	Subjek menerima apa yang menjadi kondisinya saat ini dengan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan	9	5	27	16
8	DM	Subjek memikirkan kesehatan yang dialaminya, terutama masalah nyeri pada persendian kaki. Serta anak-anaknya yang anak-anaknya yang berada di luar jawa terutama yang belum berkecukupan.	Berserah diri dan selalu mendekatkan diri pada Alloh	9	6	18	13
9	BD	Subjek mengkhawatirkan anaknya yang menopang hidupnya sekarang sakit-sakitan d dan diusianya yang sudah menginjak 50 th belum kunjung menemukan pendamping hidup.	Pasrah kepada Alloh serta mendokan yang kesembuhan dan yang terbaik untuk anaknya	8	7	30	25
10	MA	Subjek memikirkan ank-anaknya yang bila dinasehati tidak mau menurut. Mis: diminta berhenti dari pekerjaannya dan mencari pekerjaan yang lebih baik dan halal tdk mau menurutinya.	Subjek tidak terlalu memikirkannya dan mendoakan anaknya semoga suatu ketika mau berubah	9	6	21	15
11	TT	Subjek mengkhawatirkan tentang persendian kakinya yang sakit akibat jatuh terpeleset beberapa tahun yang lau namun tdk kunjung sembuh,	Subjek menerima dengan ikhlas dan rutin berobat	7	5	22	17

12	PT	Subjek mengalami kecemasan karena suaminya sekarang serong dengan perempuan lain. Diusianya yang sdh senja dan memiliki banyak cucu berselingkuh.. sehingga banyak materi yang dibderikan keselingkuhannya.	Menyerahkan kepada yang kuasa atas apa yang dialaminya serta lebih mencari kesibukan dengan mengikuti kegiatan dimasjid	7	4	22	14

Tabel SUD Terapi *Murottal* Lansia Tinggal Sendiri



Tabel SUDs Terapi Murottal Lansia Beraama Keluarga

 # Selama 4 sesi dalam kurun waktu 4hari berturut-turut.

Manfat terapi *murottal* dari keseluruhan subjek

1. Tidur lebih nyenyak
2. Pikiran jadi rileks
3. Hati jadi lebih berserah diri
4. Malam hari biasanya tidak bisa tidur menjadi bisa
5. Pikiran menjadi tenang
6. Secara lahir dan batin lebih tenteram daripada sebelumnya

HASIL SPSS

Distribusi Normal

Output Created		05-DEC-2019 08:24:52
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	12
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.
Syntax		EXAMINE VARIABLES=Ks Es Ek Kk /PLOT NPPLOT /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.
Resources	Processor Time	00:00:03.75
	Elapsed Time	00:00:02.97

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ks	6	50.0%	6	50.0%	12	100.0%
Es	6	50.0%	6	50.0%	12	100.0%
Ek	6	50.0%	6	50.0%	12	100.0%
Kk	6	50.0%	6	50.0%	12	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Ks	Mean		2.0000	.73030
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.1227	
		Upper Bound	3.8773	
	5% Trimmed Mean		1.9444	
	Median		1.5000	
	Variance		3.200	
	Std. Deviation		1.78885	
	Minimum		.00	
	Maximum		5.00	
	Range		5.00	
	Interquartile Range		2.75	
	Skewness		.943	.845
	Kurtosis		.586	1.741
Es	Mean		18.8333	2.10423
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.4242	
		Upper Bound	24.2424	
	5% Trimmed Mean		18.5926	
	Median		18.5000	
	Variance		26.567	
	Std. Deviation		5.15429	
	Minimum		14.00	
	Maximum		28.00	
	Range		14.00	
	Interquartile Range		8.00	
	Skewness		1.195	.845
	Kurtosis		1.838	1.741
Ek	Mean		14.6667	1.97765
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.5829	
		Upper Bound	19.7504	
	5% Trimmed Mean		14.9074	
	Median		17.0000	
	Variance		23.467	
	Std. Deviation		4.84424	
	Minimum		6.00	
	Maximum		19.00	

	Range		13.00	
	Interquartile Range		7.00	
	Skewness		-1.453	.845
	Kurtosis		1.547	1.741
Kk	Mean		1.1667	.47726
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-.0602	
		Upper Bound	2.3935	
	5% Trimmed Mean		1.1296	
	Median		1.0000	
	Variance		1.367	
	Std. Deviation		1.16905	
	Minimum		.00	
	Maximum		3.00	
	Range		3.00	
	Interquartile Range		2.25	
	Skewness		.668	.845
	Kurtosis		-.446	1.741

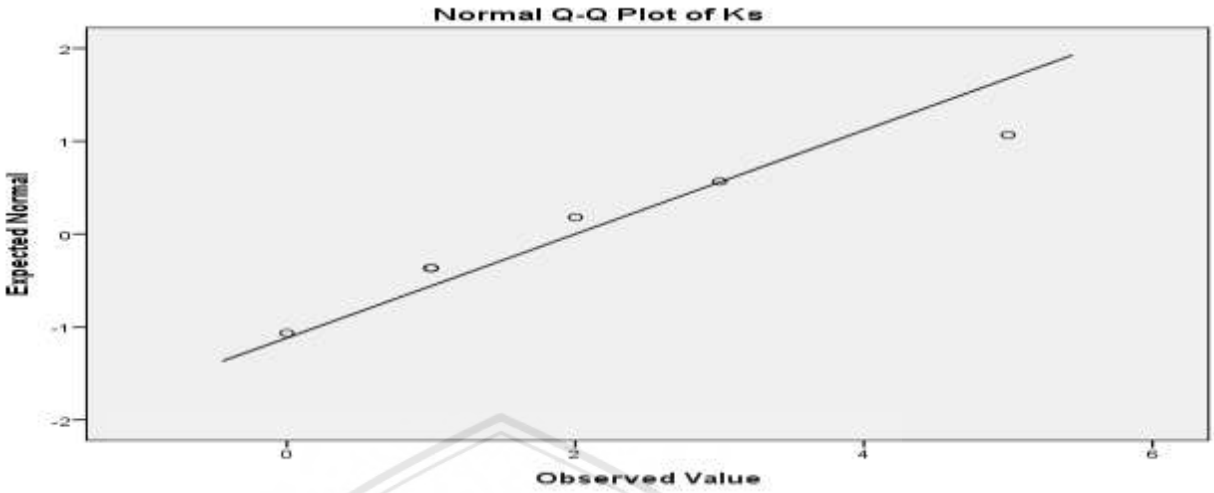
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ks	.212	6	.200*	.933	6	.607
Es	.244	6	.200*	.874	6	.242
Ek	.352	6	.020	.812	6	.075
Kk	.223	6	.200*	.908	6	.421

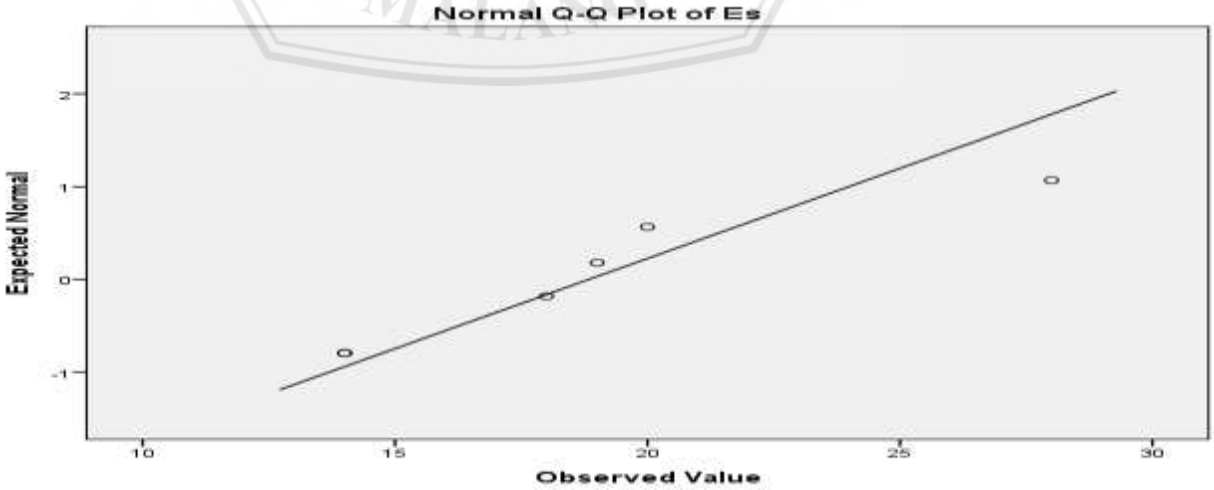
*. This is a lower bound of the true significance.

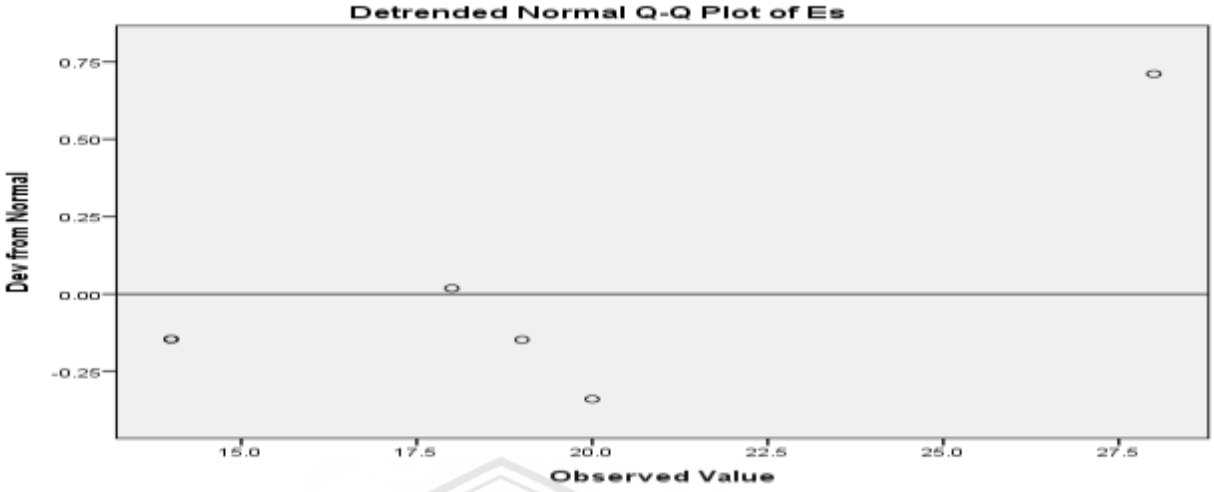
a. Lilliefors Significance Correction

Kontrol Sendiri

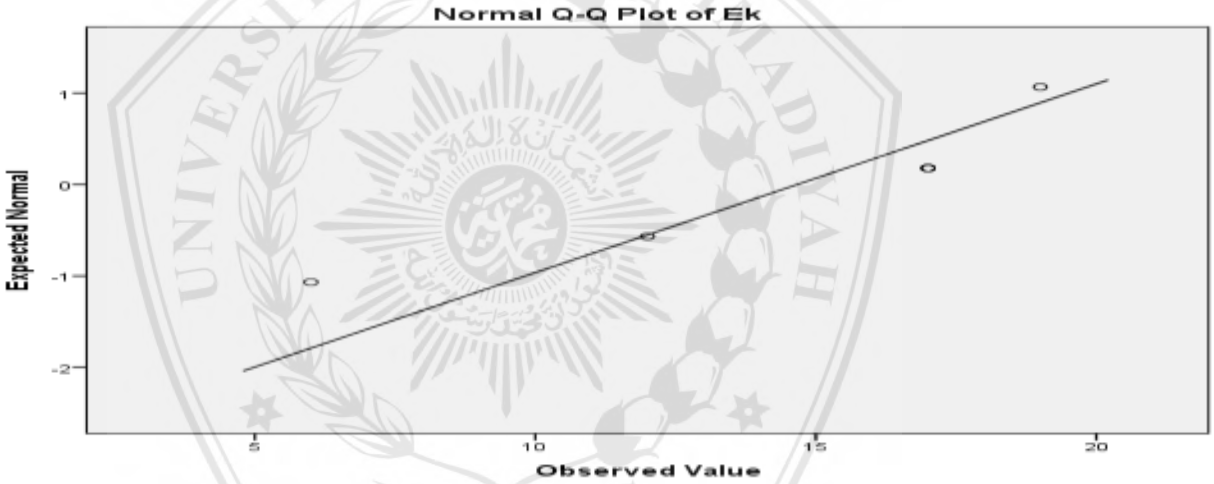


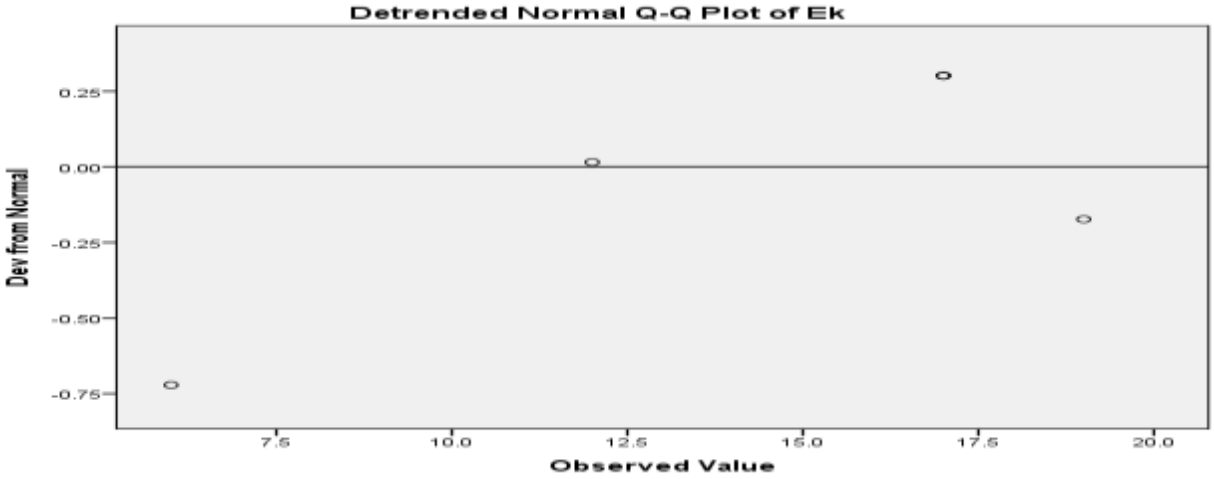
Eksperimen Sendiri



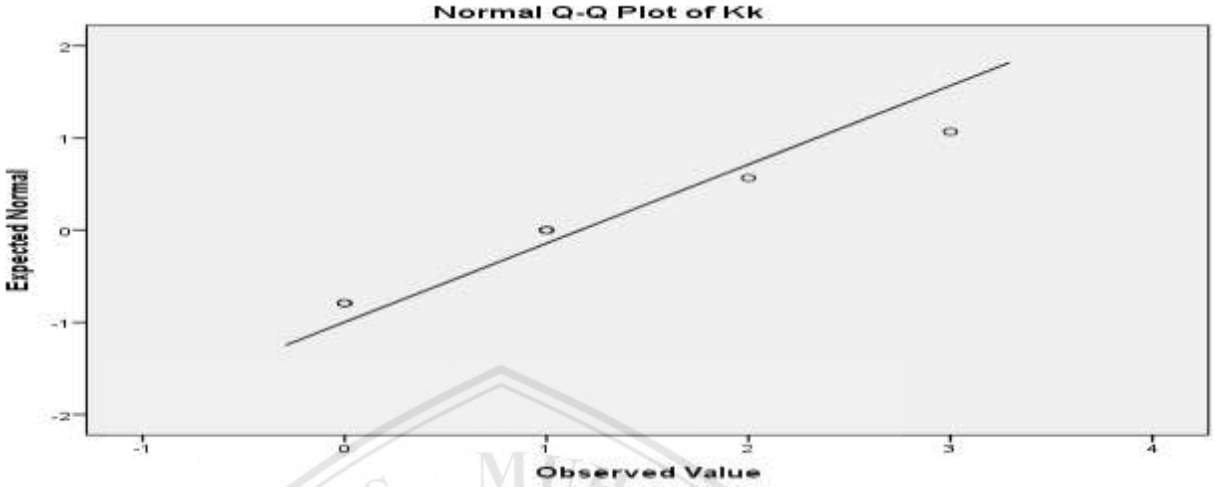


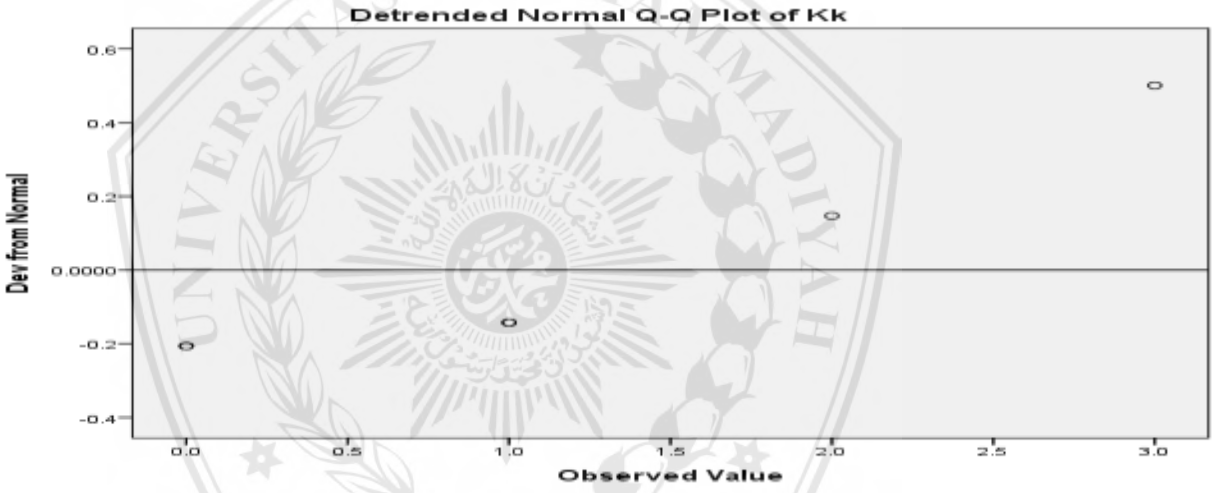
Eksperimen Kontrol





Kontrol Kelompok





T-Test

Kontrol Sendiri - Eskperimen Sendiri

Group Statistics

	Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Murotal sendiri	Kontrol sendiri	6	2.0000	1.78885	.73030
	Eksperimen sendiri	6	18.8333	5.15429	2.10423

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Murotal sendiri	Equal variances assumed	2.178	.171	-7.558	10
	Equal variances not assumed			-7.558	6.187

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Murotal sendiri	Equal variances assumed	.000	-16.83333	2.22736
	Equal variances not assumed	.000	-16.83333	2.22736

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Murotal sendiri	Equal variances assumed	-21.79619	-11.87048
	Equal variances not assumed	-22.24373	-11.42293

Kontrol keluarga-Eksperimen Keluarga

	group_1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Murotal keluarga	Kontrol keluarga	6	1.1667	1.16905	.47726
	Eksperimen keluarga	6	14.6667	4.84424	1.97765

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	Df
Murotal keluarga	Equal variances assumed	7.408	.021	-6.636	10
	Equal variances not assumed			-6.636	5.580

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Murotal keluarga	Equal variances assumed	.000	-13.50000	2.03443
	Equal variances not assumed	.001	-13.50000	2.03443

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Murotal keluarga	Equal variances assumed	-18.03298	-8.96702
	Equal variances not assumed	-18.57021	-8.42979

Eksperimen Sendiri-Eksperimen Keluarga

Group Statistics

	group_2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Murotal k_s	Eksperimen sendiri	6	18.8333	5.15429	2.10423
	Esperimen keluarga	6	14.6667	4.84424	1.97765

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	Df
Murottal K_S	Equal variances assumed	.025	.876	1.443	10
	Equal variances not assumed			1.443	9.962

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Murotal K_S	Equal variances assumed	.180	4.16667	2.88771
	Equal variances not assumed	.180	4.16667	2.88771

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Murotal K_S	Equal variances assumed	-2.26756	10.60089
	Equal variances not assumed	-2.27091	10.60424

Kontrol Sendiri-Kontrol Kelompok

Group Statistics

	group_3	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Murotal kontrol	Kontrol s	6	2.0000	1.78885	.73030
	Kontrol k	6	1.1667	1.16905	.47726

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Murotal Kontrol	Equal variances assumed	.798	.393	.955	10
	Equal variances not assumed			.955	8.612

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Murotal Kontrol	Equal variances assumed	.362	.83333	.87242
	Equal variances not assumed	.366	.83333	.87242

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Murotal kontrol	Equal variances assumed	-1.11053	2.77720
	Equal variances not assumed	-1.15385	2.82051

Oneway

Descriptives

Kecemasan

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Es	6	18.8333	5.15429	2.10423	13.4242	24.2424	14.00	28.00
Ks	6	2.0000	1.78885	.73030	.1227	3.8773	.00	5.00
Ek	6	14.6667	4.84424	1.97765	9.5829	19.7504	6.00	19.00
Kk	6	1.1667	1.16905	.47726	-.0602	2.3935	.00	3.00
Total	24	9.1667	8.61579	1.75869	5.5285	12.8048	.00	28.00

Test of Homogeneity of Variances

Kecemasan

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.652	3	20	.077

ANOVA

Kecemasan

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1434.333	3	478.111	35.026	.000
Within Groups	273.000	20	13.650		
Total	1707.333	23			

Post Hoc Test

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Kecemasan
Tukey HSD

(I) Group	(J) Group	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Es	Ks	16.83333*	2.13307	.000	10.8630	22.8037
	Ek	4.16667	2.13307	.239	-1.8037	10.1370
	Kk	17.66667*	2.13307	.000	11.6963	23.6370
Ks	Es	-16.83333*	2.13307	.000	-22.8037	-10.8630
	Ek	-12.66667*	2.13307	.000	-18.6370	-6.6963
	Kk	.83333	2.13307	.979	-5.1370	6.8037
Ek	Es	-4.16667	2.13307	.239	-10.1370	1.8037
	Ks	12.66667*	2.13307	.000	6.6963	18.6370
	Kk	13.50000*	2.13307	.000	7.5297	19.4703
Kk	Es	-17.66667*	2.13307	.000	-23.6370	-11.6963
	Ks	-.83333	2.13307	.979	-6.8037	5.1370
	Ek	-13.50000*	2.13307	.000	-19.4703	-7.5297

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subtest

Kecemasan

Tukey HSD[a]

Group	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Kk	6	1.1667	
Ks	6	2.0000	
Ek	6		14.6667
Es	6		18.8333
Sig.		.979	.239

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6.000.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles 25th	50th (Median)	75th
Kecemasan Espre	6	33.6667	2.73252	30.00	38.00	31.5000	33.5000	35.7500
Kecemasan Espost	6	15.5000	2.25832	13.00	19.00	13.7500	15.0000	17.5000
Kecemasan Kspre	6	31.5000	3.78153	28.00	38.00	28.7500	30.0000	35.0000
Kecemasan Kkpost	6	29.8333	3.65605	26.00	35.00	26.0000	29.5000	33.5000
Kecemasan Ekpre	6	28.5000	2.42899	26.00	32.00	26.7500	27.5000	31.2500
Kecemasan EKpost	6	13.8333	5.67157	9.00	22.00	9.7500	11.0000	20.5000
Kecemasan Kkpre	6	21.5000	4.50555	17.00	30.00	18.5000	20.5000	24.0000
Kecemasan Kkpost	6	20.3333	5.12510	14.00	29.00	16.2500	20.0000	23.7500

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Kecemasan Espre	Kecemasan Espost	Kecemasan Kspre	Kecemasan Kspost	Kecemasan Ekpre	Kecemasan Ekpost	Kecemasan Kkpre
N		6	6	6	6	6	6	6
Normal Parameters[a,b]	Mean	33.6667	15.5000	31.5000	29.8333	28.5000	13.8333	21.5000
	Std. Deviation	2.73252	2.25832	3.78153	3.65605	2.42899	5.67157	4.50555
Most Extreme Differences	Absolute	.146	.247	.321	.186	.248	.293	.289
	Positive	.146	.247	.321	.186	.248	.293	.289
	Negative	-.110	-.134	-.177	-.147	-.182	-.197	-.159
Test Statistic		.146	.247	.321	.186	.248	.293	.289
Asymp. Sig. (2-tailed)		.200[c,d]	.200[c,d]	.053[c]	.200[c,d]	.200[c,d]	.116[c]	.128[c]

		Kecemasan Kkpost
N		6
Normal Parameters[a,b]	Mean	20.3333
	Std. Deviation	5.12510
Most Extreme Differences	Absolute	.206
	Positive	.206
	Negative	-.121
Test Statistic		.206
Asymp. Sig. (2-tailed)		.200[c,d]

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. This is a lower bound of the true significance.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Kecemasan Espre	33.6667	6	2.73252	1.11555
	Kecemasan Espost	15.5000	6	2.25832	.92195

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Kecemasan Espre & Kecemasan Espost	6	-.162	.759

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	Kecemasan Espre - Kecemasan Espost	18.16667	3.81663	1.55813	14.16136	22.17197	11.659	5	.000

T-Tes

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Kecemasan Ekpre	28.5000	6	2.42899	.99163
	Kecemasan Ekpost	13.8333	6	5.67157	2.31541

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Kecemasan Ekpre & Kecemasan Ekpost	6	.530	.280

Paired Samples Test

		Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)

		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Kecemasan Ekpre - Kecemasan Ekpost	14.66667	4.84424	1.97765	9.58295	19.75039	7.416	5	.001

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Kecemasan Kspre	31.5000	6	3.78153	1.54380
	Kecemasan Kkpost	29.8333	6	3.65605	1.49257

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Kecemasan Kspre & Kecemasan Kkpost	6	.832	.040

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Kecemasan Kspre - Kecemasan Kkpost	1.66667	2.16025	.88192	-.60037	3.93371	1.890	5	.117

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Kecemasan Kkpre	21.5000	6	4.50555	1.83938
	Kecemasan Kkpost	20.3333	6	5.12510	2.09231

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Kecemasan Kkpre & Kecemasan Kkpost	6	.979	.001

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	Kecemasan Kkpre - Kecemasan Kkpost	1.16667	1.16905	.47726	-.06017	2.39350	2.445	5	.058

EKSPERIMEN LANSIA TINGGAL SENDIRI PRE TEST — Es pre

No	Nama	Item																				Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	SP	3	0	0	3	3	2	0	2	1	3	2	2	2	1	3	2	3	1	1	1	35
2	YS	2	0	1	3	2	2	1	2	1	3	2	3	3	2	2	1	1	1	3	3	38
3	TK	0	0	1	3	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	3	2	0	1	3	2	34
4	PN	2	0	1	3	2	1	1	3	0	2	0	0	3	3	3	1	1	3	1	0	30
5	TY	2	0	2	3	3	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	0	0	3	1	33
6	WG	0	0	1	3	2	3	0	2	2	3	0	2	2	3	3	0	0	2	3	1	32
																						202

EKSPERIMEN LANSIA TINGGAL SENDIRI POST TEST — Es post

No	Nama	Item																				Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	SP	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	17
2	YS	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0	0	1	1	2	14
3	TK	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	1	2	1	0	0	2	0	14
4	PN	1	0	1	1	1	1	1	1	0	2	0	0	1	1	2	0	0	2	1	0	16
5	TY	2	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	2	3	3	1	0	0	2	0	19
6	WG	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	2	2	0	0	2	1	0	13
																						93

EKSPERIMEN LANSIA YANG TINGGAL BERSAMA KELUARGA PRE TEST — Ek pre

No	Nama	Item																				Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	KS	0	0	0	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	0	0	0	28
2	BM	0	0	2	0	0	1	2	1	2	3	1	3	3	1	1	1	1	0	3	2	27
3	BD	1	0	1	2	2	1	1	2	1	1	1	3	3	2	3	1	2	1	2	2	32
4	MA	2	0	2	1	1	1	2	2	1	2	0	2	2	1	2	1	1	1	2	1	27
5	TT	1	0	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	0	2	2	1	26
6	PT	0	0	0	2	2	3	2	1	2	3	3	3	3	2	2	1	0	1	1	0	31

171

EKSPERIMEN LANSIA YANG TINGGAL BERSAMA KELUARGA POST TEST — Ek post

No	Nama	Item																				Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	KS	0	0	0	1	2	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	22
2	BM	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	10
3	BD	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	2	2	2	2	1	0	1	2	1	20
4	MA	1	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	10
5	TT	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	9
6	PT	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	2	2	0	0	0	1	0	12

83

KONTROL LANSIA TINGGAL SENDIRI PRE TEST — Ks pre

No	Nama	Item																				Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	SR	1	0	1	3	3	3	0	3	2	2	2	2	3	3	3	2	0	1	2	2	38
2	MS	3	2	1	0	3	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	2	2	2	30
3	SR	2	1	1	1	1	2	0	0	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	28
4	WR	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	0	2	2	1	2	1	1	1	2	1	29
5	KS	1	1	1	1	2	3	2	3	0	2	0	0	3	2	2	1	2	0	3	1	30
6	LS	3	0	0	2	3	3	2	1	2	3	3	3	3	2	2	1	0	1	2	0	36

191

KONTROL LANSIA TINGGAL SENDIRI POST TEST — Ks post

No	Nama	Item																				Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	SR	1	0	1	2	3	3	0	3	2	2	2	0	2	3	3	1	0	1	2	2	33
2	MS	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	0	2	2	2	30
3	SR	2	1	1	1	1	1	0	0	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	26
4	WR	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	0	2	1	26
5	KS	1	1	1	1	2	3	2	3	0	2	0	0	3	2	2	1	2	0	2	1	29
6	LS	3	0	0	3	3	2	1	1	2	3	3	3	3	2	2	1	0	1	2	0	35

179

KONTROL LANSIA TINGGAL DG KELUARGA PRE TEST — Kk pre

No	Nama	Item																				Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	RT	1	1	0	0	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	0	1	0	1	2	21
2	PN	3	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1	1	1	2	2	2	1	1	0	0	19
3	MA	2	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1	1	1	0	1	2	2	22
4	KE	2	0	1	3	3	0	0	1	2	1	2	1	1	3	2	2	1	2	1	2	30
5	SP	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	1	2	2	2	2	2	0	2	1	1	20
6	GT	1	0	0	2	2	0	0	2	0	0	1	1	2	2	2	0	0	0	2	0	17

129

KONTROL LANSIA TINGGAL DG KELUARGA POST TEST — Kk pots

No	Nama	Item																				Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	RT	1	1	0	0	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	0	1	0	1	2	21
2	PN	1	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1	1	1	2	2	2	1	1	0	0	17
3	MA	1	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1	1	1	0	1	2	2	22
4	KE	2	0	1	2	3	0	0	1	2	1	2	1	1	3	2	2	1	2	1	2	29
5	SP	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	2	2	2	2	2	0	2	1	1	19
6	GT	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	1	1	2	2	2	0	0	0	2	0	14

122

Tesis (Septia)

ORIGINALITY REPORT

2%	2%	0%	0%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.unand.ac.id Internet Source	2

Exclude quotes	Off	Exclude matches	< 2%
Exclude bibliography	On		